



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

**Adesão ao regime medicamentoso
em idosos na comunidade
Eficácia das intervenções de enfermagem**

Maria Adriana Pereira Henriques

Doutoramento em Enfermagem

2011



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



**Adesão ao regime medicamentoso
em idosos na comunidade
Eficácia das intervenções de enfermagem**

Tese orientada pela

Professora Doutora Coordenadora com Agregação

Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa

Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto

e pelo Professor Catedrático

José Joaquim Costa Cabrita da Silva

Faculdade Farmácia da Universidade de Lisboa

Maria Adriana Pereira Henriques

Doutoramento em Enfermagem

2011



Fundação para a Ciência e a Tecnologia
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Universidade Nova de Lisboa

Bolsa Individual SFSH/BD/43809/2008

Agradecimentos

Aos Professores Orientadores Maria Arminda Costa e José Cabrita, pela sua plena disponibilidade, apoio e incentivo mesmo nos momentos de menor rentabilidade e entusiasmo na progressão dos trabalhos.

Aos Professores do Programa de Doutoramento, Professora Marta Lima Basto e Maria Antónia Rebelo Botelho, pelo empenho no desenvolvimento do projecto do Doutoramento em Enfermagem.

À Professora Maria Amália Botelho, Professora de Fisiologia, na Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, pela sua disponibilidade, apoio, partilha de saber e facilitação dos instrumentos de avaliação multidimensional.

À Professora Ana Luísa Papoila, Departamento Universitário de Bioestatística e Informática, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa, pelo seu apoio e assessoria na análise estatística.

À Direcção da ESEL pelo ano de dispensa de actividades lectivas concedido, para a realização da dissertação.

Aos colegas da ESEL que sempre me incentivaram e substituíram nos momentos em que estive ausente.

Às orientadoras dos Seminários para Doutorandos Professora Marta Lima Basto e Maria Anjos Pereira Lopes e às colegas pelo espaço de reflexão e ajuda que partilhámos.

Aos colegas COPINS (Comunidade Prática de Investigação em Saúde) pela ajuda no processo de construção de conhecimento.

À secretária de apoio à docência da ESEL, Catarina Nunes pelo apoio na fase de divulgação do estudo.

Aos Alunos de Enfermagem que colaboraram no projecto na fase de inquirição.

À Enfermeira Carolina, pelo seu empenho na realização das entrevistas.

À Dra. Isabel Prates – Autoridade de Saúde Centro de Saúde (2007), por nos ter conduzido e permitido dar os primeiros passos no Centro de Saúde.

À Dra. Graciela Simões - Directora do Centro de Saúde (2007), pela disponibilidade e empenho em apoiar o projecto ao longo do tempo.

À Enfermeira Chefe Centro de Saúde - Madalena Bacelar, por acreditar que o projecto era viável, pelo grande empenho na implementação da Consulta de Enfermagem,

disponibilizando recursos humanos e matérias e todo o apoio nos momentos, em que era preciso vencer obstáculos.

À Enfermeira Helena Martins, responsável pela Consulta de Enfermagem, pelo seu profissionalismo, vontade de ajudar as pessoas de quem cuida e a sempre singularidade na disponibilidade para que o projecto fosse concretizado.

Aos outros enfermeiros do Centro que facilitaram a implementação do projecto.

A todos os médicos do Centro de Saúde, cujos doentes participaram no estudo.

À D. Albertina pelo apoio que dava aos idosos enquanto esperavam pela entrevista ou pela consulta de enfermagem.

Ao Sr. Peixoto que recebia os telefonemas das pessoas que não podiam vir à entrevista ou à consulta de enfermagem.

A todos os Idosos que participaram no Estudo pela sua disponibilidade, com o sentido de que estavam ajudar e não tanto de que poderiam ser ajudados.

Ao José Inácio, sempre compreensível e paciente.
À Mariana e Inês, pelo incentivo: "Mãe acaba isso, tu és capaz...."
Sem eles não teria sido possível!
Não é fácil percorrer o caminho longo... nalguns momentos com pouca disponibilidade
para vós, quando muitas vezes precisavam!
Obrigada por me terem ajudado!
Bem hajam!

Pelo sonho é que vamos,
comovidos e mudos
Chegamos? Não chegamos?
Haja ou não haja frutos, pelo Sonho é que vamos.
Basta a fé no que temos.
Basta a esperança naquilo
que talvez não teremos.
Basta que a alma demos,
com a mesma alegria,
ao que desconhecemos
e ao que é dia-a-dia.
Chegamos? Não chegamos?
-Partimos. Vamos. Somos.

Sebastião da Gama
Pelo Sonho é que vamos

RESUMO

A não adesão à medicação é considerada como um aspecto de saúde relevante para a prática de enfermagem, que afecta grande parte dos idosos. Estudar a adesão à medicação foi o modo de percebermos como as pessoas idosas gerem a sua medicação e como os enfermeiros os podem ajudar no processo de gestão da doença crónica.

Realizámos o Estudo I, observacional, transversal e descritivo, com pessoas com 65 ou mais anos, que residiam na comunidade, em domicílio familiar, em meio urbano, inscritos num Centro de Saúde Lisboa; Estudo II, de intervenção, não farmacológico, do tipo experimental, em que a exposição foi a participação do idoso polimedicado num plano individualizado de intervenções de enfermagem; Estudo III, *focus group* que permitiu compreender as necessidades que os idosos tinham na gestão do regime medicamentoso e na adesão à medicação.

Os 341 idosos incluídos no estudo I apresentaram uma média de 76 anos de idade, em que 7% tinha mais de 85 anos, 72,4% eram mulheres, apresentavam baixa escolaridade, fraco estado de saúde percebido, excesso de peso, sem quedas no último ano, autónomas na locomoção, na autonomia física e instrumental, com insatisfatório estado emocional, bom estado cognitivo, insatisfatório estado social e com hábitos (exercício e alimentação) satisfatórios. A qualidade de vida geral percebida apresentou uma média de 55,9, no domínio físico 59,8, no psicológico 63,1, nas relações sociais 75,50 e no ambiente 57,78. Declararam uma média de 2,82 doenças auto-relatadas (DP=1,59; Min= 0 e Max = 7), em que as doenças mais prevalentes são hipertensão (61,5%), hipercolesterolemia (50,6%), doenças osteo-articulares (40,6%) e diabetes (15,6%). Os idosos inquiridos têm uma média 5,61 medicamentos prescritos (DP = 3,13; Min=0 e Max =18) e 72,1% tomam 4 ou mais medicamentos, sendo por isso considerados polimedicados. Dos 1902 medicamentos prescritos, os grupos de medicamentos mais utilizados são: sistema cardiovascular 41%, sistema nervoso 20,4%, tracto gastrointestinal 14,2% e músculo-esquelético 9,6%. O Índice de Complexidade Medicamentosa (ICM) tem um valor médio de 13,25 (DP= 7,87; Min = 0 e Max = 40) com fraca associação com o número de doenças auto-relatadas (*r de Spearman* = 0,37, $p < 0,001$). Cerca de 87% dos idosos declaram aderir à medicação. Os preditores de adesão são a autonomia física ($p=0,012$; OR = 0,28; IC = 0,10-0,84), a polimedicção ($p = 0,011$; OR = 0,47; IC=0,26-0,86), conhecimentos dos medicamentos ($p=0,035$; OR= 1,90; IC= 1,02-3,51), as multipatologias ($p = 0,047$; OR = 0,53; IC = 0,28-0,98) e a doença auto-declarada – hipercolesterolemia ($p=0,014$; OR = 0,50; IC = 0,28-0,87). Das razões de não adesão à medicação, o esquecimento surge em 60,5% dos inquiridos, 24,4% não os tinha consigo na hora da toma, 14,5% considera que não tomar de vez em quando não faz mal, 12,8% não tinha dinheiro para os comprar e 7,6% tentou poupar dinheiro. A necessidade de ajuda para gerir a medicação é declarada por 36,1% das pessoas idosas. O estudo II permite concluir que as intervenções de enfermagem (aconselhamento sobre os medicamentos, controlo dos medicamentos e ensino sobre os medicamentos) revelam eficácia no aumento de adesão ($X^2=33,70$; $p < 0,001$). RR =5,33; IC (95%) = [2,50-11,37]). O score de adesão no grupo de intervenção, no momento final é de 4,6 e 4,4 no grupo de controlo. Não se verifica diferença entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo, na qualidade de vida das pessoas idosas e nas idas às urgências e internamento hospitalar. O Estudo III permitiu identificar e compreender, dando “voz” às pessoas idosas, que viver com medicamentos é um processo dinâmico e complexo, que tomar medicamentos é percebido pelas pessoas idosas como uma consequência da idade, integrando essa acção na sua vida como um hábito que implica mudanças nas rotinas da vida diária. As crenças que as pessoas têm sobre os medicamentos explicam uma parte da não adesão. A disponibilidade do profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, para ouvir e ajudar as pessoas de forma individualizada e continuada são consideradas pelos idosos como ajudas úteis na gestão da doença, da medicação e podem contribuir para o aumento da adesão à medicação. A consulta de enfermagem como contexto de cuidados, onde as intervenções de enfermagem contribuíram para um aumento de adesão à terapêutica nas pessoas idosas, deve ser integrada na organização dos cuidados de enfermagem, em cuidados de saúde primários, no cuidado à pessoa idosa. Este contexto de cuidados permite individualizar um plano de intervenção de cuidados de enfermagem às pessoas idosas. O nosso trabalho evidencia que a adesão à medicação é um indicador sensível aos cuidados de enfermagem, onde a intervenção do enfermeiro, numa unidade de cuidados de saúde primários, privilegia a qualidade da comunicação e relação com os idosos e os ajuda a melhorar a gestão da sua medicação e do seu estado de saúde, sendo por eles reconhecida.

Palavras-chave: Pessoa Idosa, Adesão à Medicação, Gestão da medicação, Intervenção de Enfermagem, Consulta de Enfermagem

ABSTRACT

Non-adherence to medication is a phenomenon in nursing perceived to be an important health issue for the practice of nursing (CIPE) and which affects large numbers of elderly people. Studying adherence to medication enabled us to understand how the elderly manage their own medication intake and how nurses can help them manage chronic disease. Study I was observational, cross-sectional and descriptive, and involved studying people aged 65 or above living in the community, at home, urban, and registered at a Health Centre in Lisbon; Study II was interventional, non-pharmacological and experimental, involving aged people taking distinct types of drugs and subject to individual nursing intervention. Study III was carried out by means of a focus group which allowed understanding the needs of the elderly in managing their medicine intake and adherence to medication.

The average age of the 341 elderly people who took part in Study I was 76 years, of whom 7% were above 85 years of age, while 72.4% were women. The group had a low education level, weak health, was overweight, had suffered no falls in the previous year, and could walk unassisted, denoting physical and instrumental autonomy, low emotional condition, good cognition, inadequate social conditions and satisfactory habits (exercise and dietary). The perceived quality of life indicated an average of 55.9 59.8 in physical terms, 63.1 in psychological terms, 75.0 with regard to social relations, and 57.78 in environmental terms. They declared an average of 2.82 self-reported illnesses (DP=1.59; Min= 0 and Max = 7), the most prevailing diseases being hypertension (61.5%), high cholesterol levels (50.6%), joint diseases (40.6%), and diabetes (15.6%). The elderly who were interviewed took an average of 5.61 prescribed medicines (DP=3.13; Min=0 and Max =18) and 72.1% took 4 or more drugs, for which reason they are considered multiple drug takers. Out of the 1902 drugs prescribed, the most used groups addressed the following medical conditions: cardiovascular system 41%, nervous system 20.4%, gastrointestinal tract 14.2%, and muscular-skeletal system 9.6%.

The Medication Complexity Index (MCI) showed an average value of 13.25 (DP= 7.87; Min = 0 and Max = 40) and a weak association with the number of self-reported illnesses (*Spearman's r* = 0.37, *p* <0.001). About 87% of the elderly stated they adhered to prescribed medication. The predictors of adherence were physical autonomy (*p*=0.012; OR = 0.28; IC =0.10-0.84), multiple drug intake (*p* = 0.011; OR = 0.47; IC=0.26-0.86), knowledge of drugs (*p*=0.035; OR= 1.90; IC= 1.02-3.51), multiple pathologies (*p* = 0.047; OR = 0.53; IC= 0.28-0.98) and self-declared diseases –high cholesterol level (*p*=0.014; OR = 0.50; IC = 0.28-0.87). As part of the reasons for non-adherence to medication, 60.5% of the patients indicated forgetfulness, 24.4% stated they did not have them with them at the time of intake, 14.5% said that missing medication occasionally was not a problem, 12.8% indicated they had no money to buy them, and 7.6% did it as a means to save money. The need of assistance in managing drug intake was advanced by 36.1% of the elderly. Study II allowed us to conclude that nursing interventions (giving advice on drugs, drugs control and drug education) are effective in increasing adherence ($X^2 = 33.70$; *p* <0.001). RR = 5.33; IC (95%) = [2.50-11.37]). The adherence score of the intervention group was, at the final stage, of 4.6, and of 4.4 with regard to the control group. There was no difference between the intervention and the control groups in terms of life quality of the elderly and in attendance of emergency rooms and of hospitalization. Study III enabled us to identify and understand, by giving a “voice” to the elderly, that living with drugs is a dynamic and complex process, and that taking medication is perceived by elderly people as a consequence of their ageing, which requires them to include that process in their lives as a habit implying changes in their daily routines. Beliefs people have about drugs account, to some extent, for non-adherence. The elderly consider that the willingness of health professionals, namely nurses, to listen and offer individual and ongoing assistance are useful forms of help in managing their illnesses and medication, and, accordingly, may contribute to increasing adherence to medication. Nursing appointments as part of care, where nursing interventions have contributed towards an increase in adherence to therapy by the elderly, should be included in the organization of nursing care, in primary health care, and in the care of the elderly. This care allows individualized nursing intervention plans for the elderly. This work demonstrates that adherence to medication is a sensitive indicator for nursing care, where the intervention of the nurse within a primary health care unit privileges the quality of communication and the relationship with the elderly, helping them to improve the management of their drug intake and health, a fact that they actually acknowledge.

Keywords: Elderly person, Adherence to Medication, Medication Management, Nursing Intervention, Nursing Appointment.

RESUMEN

La no adhesión a la medicación, es un fenómeno de enfermería, considerado como un aspecto de salud relevante para la práctica de enfermería, (CIPE) que afecta a gran parte de los ancianos. Estudiar la adhesión a la medicación fue el modo de percibir cómo las personas ancianas gestionan su medicación y cómo los enfermeros les pueden ayudar en el proceso de gestión de la enfermedad crónica.

Hemos realizado el Estudio I, de observación, transversal y descriptivo, con personas con 65 o más años, que residían en la comunidad, en domicilio familiar, en medio urbano, inscritos en un Centro de Salud de Lisboa; Estudio II, de intervención, no farmacológico, de tipo experimental, en el que la exposición fue la participación del anciano polimedicado en un plan individualizado de intervenciones de enfermería; Estudio III, *focus group* que nos permitió comprender las necesidades que los ancianos tenían en la gestión del régimen medicamentoso y en la adhesión a la medicación. Los 341 ancianos incluidos en el estudio I presentaban una media de 76 años de edad, en que el 7% tenía más de 85 años, el 72,4% eran mujeres, presentaban escolaridad insuficiente, presentaban un estado de salud débil, exceso de peso, no tuvieron caídas en el último año, eran autónomas en la locomoción, en la autonomía física e instrumental, presentaban insatisfactorio estado emocional, buen estado cognitivo, insatisfactorio estado social y hábitos (ejercicio y alimentación) satisfactorios. La calidad de vida general observada presentó una media de 55,9: en el dominio físico 59,8, en el psicológico 63,1, en las relaciones sociales 75,50 y en el ambiente 57,78. Declararon una media de 2,82 enfermedades autorelatadas (DP=1,59; Min= 0 e Max = 7), entre las que destacan la hipertensión (61,5%), colesterol elevado (50,6%), las enfermedades osteoarticulares (40,6%) y la diabetes (15,6%). Los ancianos encuestados tienen una media de 5,61 medicamentos prescritos (DP =3,13; Min=0 y Max =18) y el 72,1% toman 4 o más medicamentos, considerándose por esa razón polimedicados. De los 1902 medicamentos prescritos, los grupos de medicamentos más utilizados son: sistema cardiovascular 41%, sistema nervioso 20,4%, tracto gastrointestinal 14,2% y músculo-esquelético 9,6%. El Índice de Complejidad Medicamentosa (ICM) tiene un valor medio de 13,25 (DP= 7,87; Min = 0 e Max = 40) con débil asociación con el número de enfermedades autorelatadas (r de Spearman = 0,37, $p < 0,001$). Cerca de 87% de los ancianos declaran que aceptan la medicación. Los predictores de adhesión son la autonomía física ($p=0,012$; OR = 0,28; IC =0,10-0,84), la polimedicación ($p = 0,011$; OR = 0,47; IC=0,26-0,86), conocimientos de los medicamentos ($p=0,035$; OR= 1,90; IC= 1,02-3,51), las multipatologías ($p = 0,047$; OR = 0,53; IC= 0,28-0,98) y la enfermedad autodeclarada - colesterol elevado ($p=0,014$; OR = 0,50; IC = 0,28-0,87). De las razones de la no adhesión a la medicación, el olvido surge en el 60,5% de los encuestados, el 24,4% no la llevaban consigo a la hora de tomarla, el 14,5% considera que no pasa nada por no tomarla de vez en cuando, el 12,8% no tenía dinero para comprarla y el 7,6% intentó ahorrar dinero. La necesidad de ayuda para administrar la medicación es declarada por el 36,1% de las personas mayores. El estudio II permite concluir que las intervenciones de enfermería (consejos sobre los medicamentos, control de los medicamentos y enseñanza sobre los medicamentos) revelan eficacia en el aumento de adhesión ($X^2 = 33,70$; $p < 0,001$). RR =5,33; IC (95%) = [2,50-11,37]). El *score* de adhesión en el grupo de intervención, en el momento final es del 4,6 y 4,4 en el grupo de control. No se verifica diferencia entre el grupo de intervención y el grupo de control, en la calidad de vida de las personas mayores y en las idas a urgencias e internamiento hospitalar. El Estudio III permitió identificar y comprender, dando “voz” a las personas mayores, que vivir con medicamentos es un proceso dinámico y complejo, que las personas mayores consideran que tomar medicamentos es una consecuencia de la edad, integrando esa acción en su vida como un hábito que implica cambios en las rutinas de la vida diaria. Las convicciones que las personas tienen sobre los medicamentos explican una parte de la no adhesión. La disponibilidad del profesional de salud, sobre todo la enfermera, para oír y ayudar a las personas de forma individualizada y continuada son consideradas por los ancianos como ayudas útiles en la forma de llevar la enfermedad, la medicación y pueden contribuir al aumento de la adhesión a la medicación. La consulta de enfermería como contexto de cuidados, donde las intervenciones de enfermería contribuyeron a un aumento de la adhesión a la terapéutica en las personas mayores, debe estar integrada en la organización de los cuidados de enfermería, en cuidados de salud primarios y en el cuidado a la persona mayor. Este contexto de cuidados permite individualizar un plan de intervención de cuidados de enfermería a las personas mayores. Nuestro trabajo pone en evidencia que la adhesión a la medicación (como un fenómeno de enfermería y por esa razón un aspecto de salud relevante para la práctica de enfermería) es un indicador sensible a los cuidados de enfermería, donde la intervención de la enfermera, en una unidad de cuidados de salud primarios, favorece la calidad de la comunicación y relación con los ancianos y les ayuda a mejorar la administración de su medicación y de su estado de salud, siendo así reconocido por ellos.

Palabras clave: Persona mayor, Adhesión a la medicación, Gestión de la medicación, Intervención de enfermería, Consulta de enfermería

SIGLAS E ABREVIATURAS

ATC – *Anatomical Therapeutic Chemical*
ADL – *Activities of Daily Living*
ANF – Associação Nacional de Farmácias
ARS – Administração Regional de Saúde
CIPE – Classificação Internacional para Prática Enfermagem
DGS – Direcção Geral de Saúde
FG1 – *Focus Group 1*
FG 2 – *Focus Group 2*
IADL – *Instrumental Activities of Daily Living*
ICM – Índice de Complexidade Medicamentosa
ICN – *International Council of Nursing*
ICRM – Índice Complexidade Regime Medicamentoso
IMC – Índice Massa Corporal
INE – Instituto Nacional Estatística
INR – *International Normalized Ratio*
INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
ISCED – *International Standard Classification of Education*
MAB – Método de Avaliação Biopsicosocial
MMS – *Mini Mental State*
OMS – Organização Mundial Saúde
ONU – Organização Nações Unidas
RCT – *Randomized Controlled Trial*
SINUS – Sistema de Informação para Unidade de Saúde
WHO – *World Health Organization*
WHOQOL-Bref – *World Health Organization Quality of Life-Bref*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
O ENVELHECIMENTO HUMANO	1
AS PESSOAS IDOSAS E A GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA	6
O CONSUMO DE MEDICAMENTOS PELAS PESSOAS IDOSAS	11
<i>A polimedicação nas pessoas idosas</i>	13
<i>A complexidade de um regime medicamentoso</i>	14
<i>A gestão de medicamentos pelas pessoas idosas</i>	16
ADESÃO À TERAPÊUTICA NAS PESSOAS IDOSAS	20
<i>Definição do conceito de adesão</i>	20
<i>Avaliar a adesão aos medicamentos</i>	22
<i>A não adesão nos idosos</i>	25
<i>Factores de adesão nos idosos</i>	27
<i>Modelos teóricos na adesão terapêutica</i>	31
ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO QUE AUMENTAM A ADESÃO AOS MEDICAMENTOS	34
ESTUDOS PORTUGUESES SOBRE ADESÃO E GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO	41
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	43
1. TEMA, FINALIDADE E QUESTÕES DE PARTIDA	49
2. OBJECTIVOS	51
ESTUDO I	51
ESTUDO II	51
ESTUDO III	51
3. HIPÓTESES	52
ESTUDO I	52
ESTUDO II	52
ESTUDO III	52
4. MATERIAL E MÉTODOS	54
ESTUDO I	54
<i>Tipo de Estudo</i>	54
<i>População</i>	54
<i>Amostra</i>	54
<i>Critérios de Inclusão</i>	54
<i>Critérios de Exclusão</i>	55
<i>Recolha de Dados e Consentimento Informado</i>	55
<i>Caracterização dos Instrumentos de Medida</i>	55
<i>Variáveis e Instrumentos de Medida</i>	56
ESTUDO II	60
<i>Tipo de Estudo</i>	60
<i>Amostra</i>	61
<i>Critérios de Inclusão</i>	61
<i>Critérios de Exclusão</i>	61
<i>Recolha de Dados e Consentimento Informado</i>	61
<i>Medidas de resultado</i>	64
ESTUDO III	65
<i>Grupos de focagem</i>	65
ANÁLISE DE RESULTADOS E DE ACHADOS	68
<i>Estudo I e II - Análise de resultados</i>	68
<i>Estudo III - Análise de Achados</i>	68
5. ETICA	69
6. RESULTADOS	70

ESTUDO I	70
ESTUDO II	98
7. DISCUSSÃO	110
DISCUSSÃO DO ESTUDO I E II	114
ESTUDO I	114
ESTUDO II	135
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS	143
<i>ESTUDO III</i>	<i>143</i>
<i>Os dados recolhidos</i>	<i>143</i>
<i>Discussão de Achados</i>	<i>165</i>
8. CONCLUSÕES	175
ESTUDO I	176
ESTUDO II	181
ESTUDO III	181
9. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES	184
PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM	184
ENSINO DE ENFERMAGEM	189
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE	192
POLÍTICAS PÚBLICAS DO ENVELHECIMENTO	193
10. BIBLIOGRAFIA	196
ANEXOS	230
ANEXO I	231
<i>CÁLCULO DA AMOSTRA ESTUDO I E II</i>	<i>231</i>
ANEXO II	234
<i>CONSENTIMENTO INFORMADO – Estudo I e II</i>	<i>234</i>
ANEXO III	237
<i>AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO</i>	<i>237</i>
ANEXO IV	238
<i>QUESTIONÁRIO</i>	<i>238</i>
ANEXO V	239
<i>AUTORIZAÇÃO DO AUTOR</i>	<i>239</i>
<i>MAB- Avaliação Biopsicosocial</i>	<i>239</i>
ANEXO VI	240
<i>AUTORIZAÇÃO DO AUTOR</i>	<i>240</i>
<i>WHOQOL-BREF (versão portuguesa de Portugal)</i>	<i>240</i>
ANEXO VII	241
<i>AUTORIZAÇÃO DO AUTOR</i>	<i>241</i>
<i>Índice Complexidade Medicamentosa</i>	<i>241</i>
ANEXO VIII	242
<i>AUTORIZAÇÃO DO AUTOR</i>	<i>242</i>
<i>Auto-relato adesão</i>	<i>242</i>
ANEXO IX	243
<i>FÓRUM NACIONAL DE BOAS PRÁTICAS</i>	<i>243</i>
ANEXO X	246
<i>GUIÃO – ESTUDO III</i>	<i>246</i>
ANEXO XI	249
<i>CONSENTIMENTO INFORMADO – Estudo III</i>	<i>249</i>

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	
Factores de adesão.....	29
Tabela 2	
Intervenções para aumento da adesão terapêutica.....	36
Tabela 3	
Distribuição da amostra por sexo e classe de idades.....	70
Tabela 4	
<i>MAB - Prevalência da auto-suficiência e dependência (N=340).....</i>	79
Tabela 5	
<i>Mediana (Me), moda (Mo), assimetria (Sk) e achatamento (Ku) para as facetas da WHOQOL-BREF.....</i>	81
Tabela 6	
<i>WHOQOL-BREF- Média (M), desvio padrão (DP) assimetria (Sk) e achatamento (Ku) para os domínios da WHOQOL-BREF.....</i>	81
Tabela 7	
<i>Associação da Qualidade de vida e Satisfação da Saúde com as características dos idosos.....</i>	82
Tabela 8	
<i>Varição da Qualidade de vida (QV) com as características dos idosos.....</i>	83
Tabela 9	
<i>Associação da qualidade de Vida com as variáveis explicativas.....</i>	83
Tabela 10	
<i>Qualidade de Vida - Análise Multivariada – Modelo final.....</i>	84
Tabela 11	
<i>Estatísticas de ordem das doenças auto-declaradas.....</i>	85
Tabela 12	
<i>Prevalência das doenças diagnosticadas pelo médico, auto-relatadas.....</i>	86
Tabela 13	
<i>Prevalência da hipertensão por sexo e grupo etário.....</i>	86
Tabela 14	
<i>Prevalência da Diabetes mellitus por sexo e grupo etário.....</i>	87

Tabela 15 <i>Prevalência de Colesterol elevado por sexo e grupo etário.....</i>	87
Tabela 16 <i>Associação entre polimedicação e as doenças preditoras de consumo de medicamentos.....</i>	87
Tabela 17 <i>Prevalência do Consumo de medicamentos (polimedicados) por sexo e classe etária.....</i>	89
Tabela 18 <i>Associação entre polimedicação e as variáveis preditoras de consumo de medicamentos.....</i>	89
Tabela 19 <i>Formas Farmacêuticas dos Medicamentos utilizados pelos idosos.....</i>	91
Tabela 20 <i>Auto-relato de Adesão - Média (M), desvio padrão (DP)assimetria (Sk) e achatamento (Ku) para os domínios da Adesão.....</i>	92
Tabela 21 <i>Associação entre adesão e as variáveis preditoras de não adesão.....</i>	96
Tabela 22 <i>Razões evocadas pelos idosos, para não seguirem sempre a prescrição de medicamentos.....</i>	97
Tabela 23 <i>Tipo de ajuda que os idosos consideram precisar.....</i>	98
Tabela 24 <i>Comparação idade e sexo dos participantes grupo intervenção, grupo de controlo, perdidos na admissão.....</i>	100
Tabela 25 <i>Características dos participantes por grupo de aleatorização e total, no momento da admissão ao estudo.....</i>	101
Tabela 26 <i>Adesão antes e após a intervenção.....</i>	102
Tabela 27 <i>Adesão antes e após intervenções de enfermagem (aconselhamento, controlo e ensino de medicamentos, por grupo).....</i>	102
Tabela 28 <i>Cruzamento da eficácia em adesão nos grupos de intervenção e controlo.....</i>	103

Tabela 29	
<i>Análise multivariada comparativa da eficácia da intervenção de enfermagem versus controlo, numa amostra total de 88 idosos.....</i>	104
Tabela 30	
<i>Qualidade de vida antes e após a intervenção, por grupo de aleatorização.....</i>	105
Tabela 31	
<i>Qualidade de vida antes e após intervenções de enfermagem, por grupo de aleatorização.....</i>	106
Tabela 32	
<i>Avaliação de parâmetros analíticos grupo de intervenção.....</i>	109
Tabela 33	
<i>Categorias e Subcategorias da interpretação da medicação e estratégias utilizadas para a gestão dos medicamentos pelas pessoas idosas que gerem a sua medicação e que vivem nas suas casas, na comunidade.....</i>	145

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Pirâmides etárias, Portugal	2
<i>Figura 2.</i> Gestão Ineficaz de medicamentos.....	46
<i>Figura 3 .</i> Desenho do Estudo Experimental.....	60
<i>Figura 4.</i> Distribuição dos idosos por classe de idades.....	71
<i>Figura 5 .</i> Distribuição dos idosos por sexo.....	71
<i>Figura 6.</i> Distribuição dos idosos por habilitações literárias.....	72
<i>Figura 7.</i> Distribuição dos idosos por avaliação estado saúde.....	72
<i>Figura 8.</i> Distribuição dos idosos por avaliação estado nutrição (IMC).....	73
<i>Figura 9.</i> Distribuição dos idosos por avaliação estado nutrição, (IMC,CINT)....	73
<i>Figura 10</i> Distribuição dos idosos avaliação de quedas	74
<i>Figura 11.</i> Distribuição dos idosos quanto à locomoção.....	74
<i>Figura 12.</i> Distribuição dos idosos quanto à autonomia física	75
<i>Figura 13.</i> Distribuição dos idosos quanto à autonomia instrumental.....	75
<i>Figura 14.</i> Distribuição dos idosos quanto à avaliação estado emocional.....	76
<i>Figura 15.</i> Distribuição dos idosos, segundo o sexo, quanto à avaliação estado social.....	76
<i>Figura 16.</i> Distribuição dos idosos, segundo o sexo e estado civil.....	77
<i>Figura 17.</i> Distribuição dos idosos quanto aos hábitos.....	78
<i>Figura 18.</i> Perfil Biopsicossocial (0/1/2/3) das pessoas idosas.....	78
<i>Figura 19.</i> Distribuição dos idosos por avaliação global da qualidade de vida.....	80
<i>Figura 20.</i> Distribuição dos idosos por avaliação satisfação com a saúde	80
<i>Figura 21.</i> Comparação das doenças diagnosticadas e os grupos etário.....	85
<i>Figura 22.</i> Distribuição dos medicamentos prescritos.....	88
<i>Figura 23.</i> Distribuição da amostra por idosos polimedicados.....	88
<i>Figura 24.</i> Medicamentos – Classificação 1º nível ATC (Grupo principal anatómico).....	90
<i>Figura 25.</i> Pontuação do Auto-relato de adesão - Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos ?.....	93
<i>Figura 26.</i> Pontuação do Auto-relato de adesão - Alguma vez se foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos ?.....	93

Figura 27. Pontuação do Auto-relato de adesão - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se sentirem melhor?.....	94
Figura 28 .Pontuação do Auto-relato de adesão - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se sentirem pior?.....	94
Figura 29.Pontuação do Auto-relato de adesão - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos , por os ter deixado acabar?.....	94
Figura 30. Adesão total (todas a facetas score 5).....	95
Figura 31. Dispersão da Correlação entre a Adesão e a Complexidade do Regime Medicamentoso.....	95
Figura 32. Diagrama de fluxo dos idosos participantes.....	99
Figura 33. Evolução da Adesão ao longo do estudo.....	103
Figura 34. Adesão à Medicação.....	144
Figura 35.A gestão da medicação pela pessoa idosa.....	173

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano

O envelhecimento é um fenómeno demográfico relativamente novo. Só no séc. XX se começou a falar do envelhecimento das populações, resultante da transição demográfica caracterizada por um modelo de fecundidade e mortalidade baixas, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades e um alargamento do seu topo. Individualmente o envelhecimento caracteriza-se pela maior longevidade das pessoas traduzido por um aumento da esperança média de vida. A conjugação de baixos níveis de fecundidade durante um período alargado, e os ganhos na esperança de vida, particularmente nas idades mais elevadas, contribuíram de modo contínuo para este aumento da população idosa (WHO, 2002). Foi perante este cenário emergente que a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou o ano de 1999, como o Ano Internacional das Pessoas Idosas sob o lema “Uma sociedade para todas as idades”, comemorando-se a partir dessa data, o Dia Internacional do Idoso, no dia 1 de Outubro de cada ano. No séc. XXI o envelhecimento começa a ser um paradoxo, por um lado é uma história de sucesso individual em que as pessoas vivem mais anos, por outro lado um desafio à sustentabilidade do sistema social e de saúde pública. A velhice é sempre uma história de vida, uma comprovação de que houve saúde suficiente para um aumento efectivo dos anos da vida, idealmente com ganhos em qualidade de vida, contudo acompanhada de alterações progressivas nas capacidades adaptativas quer sejam de ordem biológicas, psicológica ou social.

Em Portugal, de 1960 a 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa (65 ou mais anos) representando em 2001, 16.4% da população geral. Entre 1970 e 2008 o índice de envelhecimento passa de 27 idosos por cada 100 jovens para 94, no caso dos homens e de 41 para 138, no caso das mulheres. Espera-se que o indicador seja superior a 2 idosos por cada 1 homem jovem e ultrapasse as 3 idosas por cada uma mulher jovem em 2060 (INE, 2009,2010)¹. Estima-se que entre 1970 e 2008 a população residente tenha aumentado de 8 663 milhares para 10 627 milhares de indivíduos, como reflexo da imigração. A proporção de pessoas idosas, na população

¹ Índice de Envelhecimento $IE = [(P(65,+) / P(0,14))] * 10^n$; $P(65,+)$ - População com 65 ou mais anos; $P(0,14)$ - População com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos. (www.ine.pt)

geral total aumentou, representando em 2008, 15,2% e 19,9% de homens e mulheres respectivamente, prevendo-se que atinja 29,5% nos homens e 35% nas mulheres em 2060. Contudo prevê-se, na hipótese do cenário central que a população diminua para cerca de 10 360 milhares de indivíduos, em 2060 (Fig.1). As mulheres são mais numerosas do que os homens. A população jovem reduz-se a metade, tanto para homens como para mulheres. Ao contrário, as pessoas idosas quadruplicam sendo que o acréscimo é mais forte nos homens (INE, 2010).

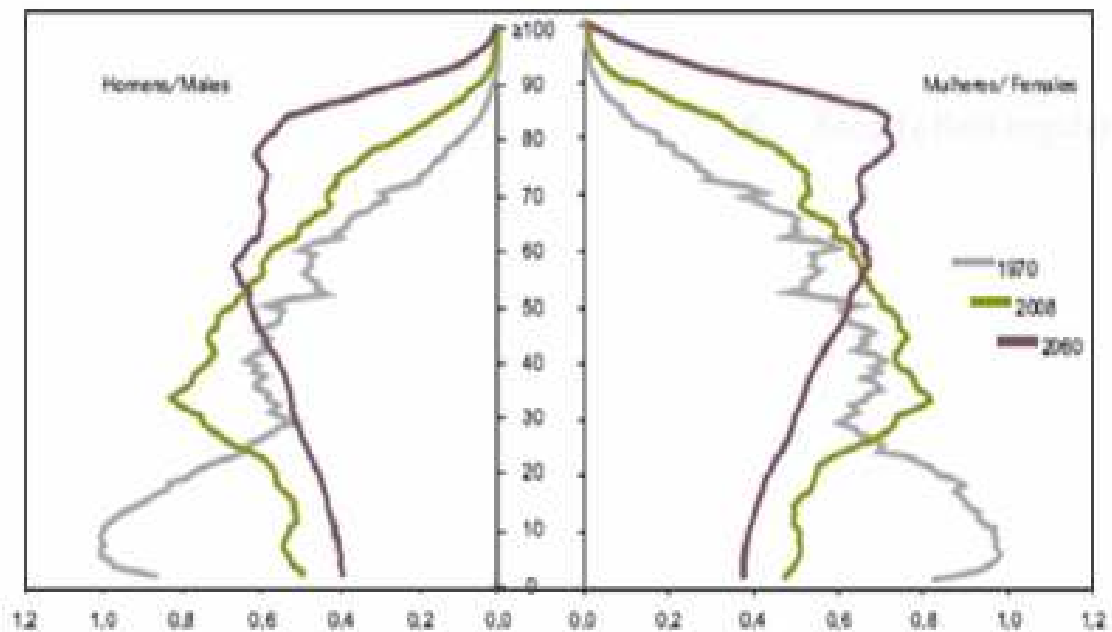


Figura 1. Pirâmides etárias, Portugal.

Fonte: INE (2010)

Entre a população idosa, a mais idosa, com mais de 80 anos, tem aumentado significativamente, tendo quadruplicado de 1960 a 2006, sendo que a população com 80 ou mais anos de idade representava 4,1% da população total (INE, 2007). Em 2025 prevê-se que 10,2% da população portuguesa terá mais de 80 anos (INE, 2005). Na Europa a 27 (EU₂₇) Eurostat Yearbook (2009), em 2007, as pessoas com 65 ou mais anos correspondiam a 17 % da população total e estima-se que em 2060 atinjam 30% e a população com 80 ou mais anos passará para 12%. A esperança média de vida à nascença na União Europeia a 25 é de 75 anos para os homens e 81 anos para mulheres. (INE 2005). Em Portugal (2006-2008) a esperança média de vida à nascença é de 75,49

anos para os homens e de 81,74 anos para as mulheres e aos 65 anos, 16,25 e 19,61 anos, respectivamente, para homens e mulheres (INE, 2009a).

A idade começa no momento do nascimento, deste facto não há dúvida. As crianças desenvolvem-se e atingem a maturidade na idade adulta, porém num determinado momento, a pessoa inicia um processo de declínio que o conduzirá inevitavelmente à morte. Utiliza-se a idade cronológica para definir pessoa idosa, mas qualquer limite cronológico é sempre arbitrário e dificilmente traduz a dimensão biológica, física, psicológica, social e espiritual da pessoa. O critério cronológico foi escolhido, a partir da idade da reforma, na Alemanha (primeira nação a estabelecer um programa de aposentação em 1889, pelo Chanceler Bismarck). A Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizam as categorias de pessoa idosa a partir dos 60 ou 65 ou mais anos e muito idosos com 80 e mais anos (WHO, 1998; WHO, 2001; WHO 2002). Em Portugal, o INE, considera pessoa idosa com 65 ou mais anos (2002,2005,2007,2009,2010).² A definição adoptada neste trabalho para **pessoa idosa será a pessoa, que tem 65 ou mais anos de idade.**

O mundo científico conhece muitos dos processos que ocorrem e que provocam mudanças no organismo humano ao longo da vida, mas continua a desconhecer o que regula o limite máximo da vida humana. O homem ainda não conhece suficientemente bem qual é o verdadeiro caminho para reverter o processo de envelhecimento, nem como aumentar a longevidade da espécie humana, prova disso é que foram obtidos grandes ganhos na esperança média de vida das pessoas, no último século, mas não foram conseguidos ganhos no aumento da longevidade máxima de vida (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

O envelhecimento é entendido como um processo dinâmico que se traduz em alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas na pessoa e que vão determinando perda progressiva de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, tornando a pessoa mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas que acabam

² Para fins estatísticos, as pessoas idosas são normalmente referenciadas a grupos de idades específicos, pessoas com 60 e mais anos, dependendo de factores culturais e individuais. (Cf. Organização Mundial da Saúde. *A life course perspective of maintaining independence in older age*. WHO's Ageing and Health. Geneva,1999). Não existe no entanto consenso quanto aos limites de idade dos grandes grupos que devem sustentar a análise do envelhecimento. (Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos N.º. 83. Portugal. Lisboa, 1999). Neste documento consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2004).

por conduzi-la à morte (Beers *et al*, 2004; Evenden & Gesty, 2007;Fonseca, 2005; Netto *et al*, 1999a; OMS, 1990;Paúl e Fonseca, 2005). Em cada pessoa o processo de envelhecimento parece ser então o resultado da combinação entre os factores de natureza genética e os factores extrínsecos do ambiente a que tenha sido exposto ao longo da vida (Beers *et al* 2004; Botelho, 1999). As múltiplas possibilidades de inter-relação entre os factores intrínsecos e extrínsecos, explicam a heterogeneidade do envelhecimento humano. A população idosa apresenta uma grande variabilidade individual, tanto na diminuição de actividades fisiológicas e psicossociais, como na incidência de doença, ao contrário do que se verifica na infância e adolescência onde o desenvolvimento dos vários órgãos se faz de uma forma mais uniforme e previsível, o que pode explicar porque é que as pessoas idosas são um grupo muito heterogéneo (Beers *et al* 2004; Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Brandão 1995; Santos *et al*, 1996; WHO, 2005).

A influência dos factores extrínsecos, na longevidade e bem-estar do homem são o resultado da sua interacção com o meio ambiente quando adopta comportamentos que caracterizam o seu estilo de vida. O meio ambiente e os estilos de vida³ onde se incluem os hábitos alimentares e actividade física, o suporte social e comunitário, entre outros, constituem factores de risco do processo de envelhecimento (Jackson, 1999; Paschoal, 1999; WHO, 2002). A exposição solar, os hábitos alcoólicos e tabágicos têm também forte influência na longevidade da pessoa (Kirkwood, 1996;Netto *et al*, 1999a; WHO, 2005). No homem e na mulher, os progressos tecnológicos, a melhoria das condições socioeconómicas e os avanços da medicina, mesmo nos países em desenvolvimento são determinantes do aumento de esperança média de vida (Botelho, 1999, 2005).

A OMS, em 2002, definiu como meta para a primeira década do século XXI, o envelhecimento activo, aplicável a todos os indivíduos e populações no sentido de promover o envelhecimento como experiência positiva, potenciando o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida. A participação activa, da pessoa, na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades com adequada protecção, segurança e cuidados quando forem requeridos serão determinantes fundamentais para o envelhecimento activo. A grande finalidade das pessoas deve ser viver e envelhecer com optimização de oportunidades que proporcionem saúde, participação e segurança

³ Estilo de vida – é o padrão de vida de uma pessoa, expressa nas suas actividades, interesses e opiniões.
Fonte: Estratégias da OMS para as doenças crónicas. DGS acedido 23/09/09

de forma a ser possível aumentar a qualidade de vida (WHO 2002). O envelhecimento activo envolve factores pessoais, comportamentais, sociais, económicos, interligados com o ambiente físico em que se desenvolvem e dependentes dos serviços de saúde e apoio social a que as pessoas têm acesso quando deles necessitam.

A cultura influencia o estilo de vida das pessoas, a prática da promoção de saúde e da prevenção da doença e a adesão ao tratamento. Nas mulheres idosas prevalece um baixo nível socioeconómico, nos homens maior propensão para acidentes laborais e comportamentos. Os serviços de saúde e de apoio social estão relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença e a adequação do uso dos medicamentos. O desenvolvimento socioeconómico determina as doenças mais frequentes e as suas manifestações, condicionando o envelhecimento activo. O acesso a benefícios materiais e sociais condicionam os padrões de morbilidade e mortalidade dos indivíduos. O envelhecimento activo é o processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas que vão envelhecendo (WHO, 2002).

No estudo de Branco et al, em 2001 o perfil das pessoas de 65 ou mais anos em Portugal era de 53,6% mulheres, 62,4% tinham idades compreendidas entre 65 e 74 anos, 82,6% tinham um nível de instrução baixo, 70,3% eram casadas, 67,8% reformadas, não executando qualquer trabalho extra. Destas mulheres, 63,2% e 44,4% apresentam respectivamente doenças reumáticas e hipertensão arterial como as duas doenças mais prevalentes neste grupo etário, 8,4% tiveram, no último ano, pelo menos um acidente doméstico ou de lazer, 52,4% viviam com apenas mais uma pessoa no agregado familiar e 11,5% referiram viver sozinhas, 12% declararam precisar de ajuda para as actividades da vida diária. Destas 92,5% têm ajuda diária e 8,3% parecem ser grandes incapacitadas.

As pessoas idosas precisam de viver num ambiente seguro, junto da família e amigos. Pelas suas características constituem-se como um grupo vulnerável de elevado risco de isolamento e pouca saúde. O que se espera e deseja é que o idoso viva, com a sua família e na comunidade, o maior número de anos possíveis da sua vida com bem-estar e qualidade de vida, de forma autónoma e independente.

As pessoas idosas e a gestão da doença crónica

O mundo em desenvolvimento, do século XXI, enfrenta um aumento massivo na mortalidade e incapacidade das pessoas resultante de doenças crónicas.

As pessoas idosas tendem a ter mais doenças do que os jovens. As doenças não infecciosas ou crónico-degenerativas são dependentes, em parte, das inevitáveis alterações do processo de envelhecimento, mas sobretudo dos estilos de vida adoptados por cada indivíduo ao longo da vida. As doenças cérebro e cardiovasculares, as neoplasias, as demências, os acidentes, a perda de audição e visão, a diabetes, as doenças osteo-articulares constituem nas pessoas idosas as principais causas de morbilidade e mortalidade (WHO, 2005).

Em Portugal as principais causas de morte nos idosos, de 1990 a 1999, no grupo etário dos 65-74 foram a doença cerebrovascular, o enfarte agudo do miocárdio, as neoplasias do aparelho respiratório, a Diabetes Mellitus, a neoplasia do estômago, a insuficiência cardíaca, a neoplasia do cólon, a doença crónica do fígado e cirrose e outras formas da doença isquémica crónica do coração. No grupo etário de 75 ou mais anos as principais causas de morte no mesmo período foram a doença cerebrovascular aguda, a senilidade sem psicose, a insuficiência cardíaca, outras causas mal definidas, o enfarte agudo do miocárdio, a pneumonia, a Diabetes Mellitus, a neoplasia do estômago, outras formas da doença isquémica crónica do coração e efeitos tardios de doença cerebrovascular e aterosclerose (ONSA, 2003). Em 2006, as principais causas de morte nos idosos, no grupo etário dos 65-74 foram os tumores, as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho respiratório e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e do aparelho digestivo. No grupo etário de 75 ou mais anos as principais causas de morte no mesmo período foram as doenças do aparelho circulatório, os tumores, as doenças do aparelho respiratório, as doenças endócrinas, as nutricionais e as metabólicas e do aparelho digestivo (DGS, 2009).

Encontramos na população portuguesa, uma elevada prevalência dos factores de risco associados às doenças do aparelho circulatório nomeadamente o tabagismo a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e o sedentarismo (Portugal, 2002; DGS 2005; INSA/INE, 2007). Quanto à morbilidade no grupo etário dos 65-74 anos, são as perturbações cerebro-vasculares as mais prevalentes enquanto no grupo com idade igual

ou superior a 75 anos para além das cerebrovasculares, são também a pneumonia e a insuficiência cardíaca (DGS, 2005a). A tensão arterial elevada, a doença reumática, a dor crónica, a diabetes, a osteoporose e a depressão são as doenças crónicas mais prevalentes nas pessoas idosas (INSA/INE, 2009).

Von Korff et al em 1997, definiu as doenças crónicas, como as doenças que duram mais de três meses e não são auto-limitadas. Considerou que o profissional de saúde que ajuda as pessoas a gerir a sua doença crónica deve: 1- ensinar os doentes a controlar a sua doença o melhor que poderem; 2- definir e implementar programas de ajuda onde é oferecido apoio profissional contínuo; 3- seguir os doentes regularmente ao longo do tempo.

São consideradas doenças crónicas a diabetes, a doença cardíaca, a asma, a doença pulmonar obstrutiva crónica, o cancro, o HIV / SIDA, a depressão e as deficiências físicas (WHO, 2002b; WHO, 2005a). Para a Organização Mundial de Saúde *“As doenças crónicas são as doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alterações patológicas não reversíveis, requerem ensino especial para a reabilitação do doente ou pode-se esperar que exijam um longo período de supervisão, observação ou cuidados”*. (WHO, 2003, p4) e são hoje responsáveis por 86 % das mortes a nível da Europa (WHO, 2010).

As doenças crónicas apresentam características comuns, manifestam-se na pessoa para além da dimensão física nas dimensões psicológicas, sociais e económicas e são de duração prolongada e progressão lenta e exigem tratamento continuado ao longo do tempo.

As pessoas com doenças crónicas necessitam de cuidados coordenados e centrados nas suas necessidades, valores e preferências. Precisam de ser ajudadas a desenvolver competências de auto-cuidado que lhes assegure a prevenção das complicações previsíveis, por prestadores de cuidados, que entendam a diferença fundamental entre a doença episódica que é identificada e curada, e a doença crónica que exige uma gestão ao longo de muitos anos (WHO, 2005), sendo que as estratégias de intervenção, que definirem, devem ter em conta os diferentes níveis de prevenção e estádios da doença.

As doenças crónicas impõem custos muito elevados em termos humanos, sociais e económicos e dos sistemas de saúde e sociais, pelo que novas e diferentes formas de abordagem são imprescindíveis.

Em Portugal, de acordo com o programa de gestão integrada da doença crónica da DGS, as doenças crónicas requerem uma gestão muito específica, em que os cuidados de saúde primários podem ter um papel fundamental num modelo de gestão integrada (DGS, 2008).

“A Associação Americana de Gestão da Doença (Disease Management Association of America - DMAA) (2005), define “disease management” como um sistema coordenado de intervenções de saúde e de comunicação com a população para quem os esforços de auto-cuidado sejam significativos, com uma abordagem multidisciplinar baseada no contínuo da prestação de cuidados de saúde que, pro-activamente, identifica populações com ou em risco de contrair doenças ou perturbações específicas e que:

- Apoia o médico e a sua relação com o paciente, e o planeamento dos cuidados;*
- Enfatiza a prevenção de episódios agudos e de complicações utilizando guidelines e estratégias de empowerment do paciente;*
- Avalia os resultados clínicos e de qualidade de vida, a humanização dos cuidados de saúde e os aspectos económicos, numa base de progressão com o objectivo de melhoria global da saúde, após terem ocorrido as intervenções do programa.” (DGS, 2008).*

Considerando “os cuidados de saúde centrados na pessoa” como o novo paradigma da WHO, 2007, para a organização dos cuidados de saúde e os quatro pilares (os indivíduos, famílias e comunidades, os prestadores de cuidados de saúde, as organizações prestadores de cuidados e os sistemas de saúde) que o fundamentam percebemos a necessidade de novas e profundas mudanças no modo de actuar na gestão da doença crónica.

Os “cuidados de saúde holísticos e humanistas requerem uma parceria eficaz entre as pessoas que necessitam de cuidados e as pessoas que prestam cuidados. Para atingir isto é necessário agir para apoiar e reforçar as capacidades das pessoas, famílias e comunidades, para que estes fiquem melhor informados e com mais poder, para que

sejam capazes de participar activamente nos cuidados de saúde.” (WHO, 2007,p9). Para corporizar os cuidados centrados na pessoa, como modelo de gestão da doença crónica, são necessários profissionais de saúde competentes, responsáveis na prestação de cuidados de saúde, sensíveis às necessidades, preferências e expectativas das pessoas que acedem aos serviços de saúde (WHO, 2007). Os serviços devem adaptar-se e desenvolver-se de forma a poderem dar as melhores respostas, com intervenções efectivas, integradas e multidisciplinares. Os profissionais, escutando e comunicando, proporcionando educação e aconselhando, permitindo ao doente a partilha na decisão e gestão da sua doença, estimulando a prevenção de doenças, incapacidades, deficiências e promovendo o bem-estar e estilos de vida saudáveis podem contribuir para que as pessoas doentes estejam activamente incluídos no processo de gestão da sua doença. Intervir na gestão da doença pressupõe a interacção entre um doente informado e participante e uma equipa multidisciplinar, coordenada e em cooperação. A pessoa na qual se devem centrar os cuidados deve estar motivado, com informação, aptidões e confiança necessários para tomar decisões sobre a sua saúde e para gerir com uma equipa de profissionais igualmente motivados e disponíveis a transmitir-lhe a informação necessária dispondo para isso de sistemas de apoio à decisão e recursos necessários para prestar cuidados de qualidade.

A necessidade de inovação em estratégias de intervenção de cuidados de saúde é uma urgência em todo o mundo e considerada como um desafio do séc. XXI (WHO, 2005,2010). A prevenção e a gestão das doenças crónicas constituem-se como problemas emergentes em cuidados de saúde primários. Com estratégias adequadas poder-se-á aumentar a adesão aos planos de cuidados, reduzir a morbilidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas com doenças crónicas com o empenho de todos os grupos profissionais envolvidos.

Lukbin em 1999 referia que as pessoas idosas, com múltiplas doenças crónicas, de natureza irreversível requerem cuidados de suporte, domínio de auto-cuidado, manutenção da função e prevenção de futuras deficiências. A adaptação à doença e ao regime terapêutico necessita de desenvolvimento de várias estratégias nem sempre fáceis de manter ao longo dos anos, particularmente para as pessoas idosas. A adesão a terapêuticas complexas pode ser muito difícil de manter ao longo do tempo. Os bons resultados de saúde, em pessoas com doença crónica, dependem em boa parte da forma

como a pessoa gere a sua doença. Nos idosos o uso adequado dos medicamentos é parte integrante desse processo de gestão da doença.

Ainda que o modelo de cuidados centrado no doente tenha sido desenvolvido nos EUA e colocado em prática sobretudo por médicos, Bischoff et al, 2009 e Bodennheimer, 2005 afirmam que a evidência dos cuidados de saúde e a experiência de muitos esforços na gestão da doença crónica indicam que são os enfermeiros, e não os médicos, a chave para a implementação do modelo de cuidados na doença crónica.

Como elementos da equipa, e evidenciado em diferentes contextos, *os enfermeiros parecem estar particularmente preparadas, sendo capazes de estabelecer uma interacção com os doentes, talvez mais, benéfica do que os médicos. Os enfermeiros devem pois, estar bem preparadas para assumir o desafio epidemiológico de dar resposta à epidemia mundial das doenças crónicas*” (Bischoff et al, 2009).

Os enfermeiros ocupam um lugar importante na equipa de saúde, ajudam as pessoas no desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado que deve incluir necessariamente suporte à família e utilização dos recursos da comunidade (Tanner, 2004). As intervenções individuais de educação e aconselhamento ao doente e acompanhamento da pessoa e família apresentam evidência relevante, na gestão da doença (Suhonen, Välimäki & Leino-kilpi, 2008).

Os enfermeiros em cuidados de saúde primários são muitas vezes o mais consistente e continuado ponto de relação com as pessoas, estando na melhor posição em termos relacionais e de comunicação para reunir informação sobre a família das pessoas doentes, bem como dos factores sociais, culturais e económicos que podem ter influência no desenvolvimento de intervenções futuras. As suas competências, como educadoras para a saúde, ajudam os doentes a desenvolverem permanentemente estratégias de gestão apropriadas para cada situação familiar fazendo o melhor uso dos recursos da comunidade (CNA, 2005).

Perspectiva-se que os cuidados centrados na pessoa e as intervenções de enfermagem, enquadradas na equipa multidisciplinar, poderão melhorar os resultados em saúde, nomeadamente a satisfação das pessoas cuidadas com o atendimento e a alteração de comportamento que se traduzam na capacitação da pessoa para o auto-cuidado e no

aumento do cumprimento dos regimes terapêuticos. A família, a comunidade e as organizações de doentes devem ser entendidos como parceiros privilegiados na gestão da doença crónica e na promoção da adesão aos regimes terapêuticos. (ICN& Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Nas pessoas idosas, pela sua vulnerabilidade em diferentes dimensões, as doenças crónicas são particularmente relevantes para a saúde e bem estar, pelo que devem ter uma atenção especial na sua gestão e na promoção da adesão aos regimes terapêuticos, nomeadamente o medicamentoso.

O consumo de medicamentos pelas pessoas idosas

A toma de medicamentos, utilizada como resposta aos problemas de saúde, é uma das intervenções, mais comum em saúde. Avorn, referiu em 1995, que “ *os medicamentos são provavelmente a tecnologia de saúde mais importante na prevenção de lesões, incapacidades e mortes na população geriátrica*”.

Verifica-se uma elevada prevalência de consumo de medicamentos pela pessoa idosa (Beers et al, 2000; Brandt, 2006; Corlett, 1996; Mosegui, 1999; Standard et al 1991; Wade&Bowling, 1986;Weaver et al 2005;Williams, et al, 2004). O consumo de medicamentos, quer sejam prescritos ou não prescritos - OTC (*over-the-counter*), nos idosos, é maior do que nos jovens, em consequência da simultaneidade de várias doenças crónicas, de multiprescritores, de alterações da capacidade cognitiva, de deficiente situação económica e nalguns casos de auto-medicação (Beers 1997; Beers *et al* 2004; Brandt, 2006; Cameron, 2001; Correia, 2003; Eisenhauer 1998a; Frazier, 2005; Hervé,C; Ireland,1996; Mullet,E; Rozenfeld 2003; Sorum P.C.,2004; WHO 2005; Walker et al,1999; Willians, 2002). Brandt, 2006 refere que 12% das pessoas com 65 ou mais anos consome pelo menos 10 medicamentos e 23% pelo menos cinco medicamentos. Cerca de 75% a 80% das pessoas idosas toma pelo menos um medicamento por dia (Beyth & Shorr, 1999;Spiers, 2004). Nos EUA, os idosos correspondem a 15% do total da população e são responsáveis pelo consumo de um terço da medicação prescrita e 40% de OTC. Dos idosos, com idades entre os 65 e os 74 anos, 50% tomam dois ou mais medicamentos e 12% tomam cinco ou mais medicamentos. Das pessoas com 75 ou mais anos, 60% tomam mais do que dois

medicamentos e 16%, mais do que cinco medicamentos (Bushardt& Jones, 2005). As mulheres tomam mais medicamentos do que os homens (Edlund, 2004; Frazier 2005).

Em Portugal, no estudo de Costa, 2009, os idosos tomam em média 7,3 medicamentos e 25% toma 10 ou mais medicamentos e no estudo de Soares, 2009 os idosos tomam cronicamente, em média 5,3 medicamentos.

O uso de medicamentos pelas pessoas idosas está associado a elevado risco de efeitos adversos como resultado das alterações fisiológicas relacionadas com a idade, a presença de múltiplas doenças crónicas, do tipo e do número de medicamentos prescritos e não prescritos que os idosos consomem (Mangoni & Jackson, 2004; Simonson & Feinberg, 2005).

A prescrição inapropriada, em pessoas idosas é muito prevalente e está também associada a um risco aumentado de efeitos adversos, alterações cognitivas, quedas, fractura da anca, depressão e incontinência entre outras, associando-se a taxas mais elevadas de morbilidade, de mortalidade e utilização de cuidados de saúde. (Allard et al, 2001; Berdot et al, 2009; Brekke et al, 2008; Fick et al, 2003; Guerreiro et al, 2005; Hale et al, 2009; Hamilton et al, 2009; Howard&Avery, 2004; Laroche et al, 2006; Molony, 2005; Niwata et al, 2006; Patel et al, 2007; Patel et al 2007a; Spinewine, 2007; UEMO, 2006).

Em Portugal, cerca de 37% dos idosos estão a tomar medicação que não é adequada e que pode aumentar o risco de reacções adversas (Soares, 2009).

O elevado consumo de medicamentos pelos idosos e as suas consequências têm custos acrescidos na despesa da saúde em todo o Mundo. O consumo de medicamentos prescritos aos idosos americanos corresponde a um gasto de \$3 biliões anualmente (Willians, 2002). No Reino Unido e em França os idosos consomem, respectivamente 45% e 39% de todos medicamentos prescritos, o que corresponde a 30% das despesas totais em saúde (Banning, 2004; Legran, S, 2005; NSF, 2001; Otero, 2003). Em Portugal quando a população idosa correspondia a 12% consumia 25% a 30% dos medicamentos gastos no país (Alvarez et al 1994; Correia 2003). A despesa em medicamentos constitui uma elevada parcela da despesa em saúde, no nosso país, em 2008

correspondeu a 18,6% da despesa total com a saúde. O consumo de medicamentos *per capita* correspondeu em 2008 a 331,1 euros (ACS, 2010).

Uma constatação evidenciada é que o consumo de medicamentos pelos idosos é elevado, bem como os custos dele decorrente, quer em termos individuais, quer em termos colectivos.

A polimedicação nas pessoas idosas

A polimedicação, de elevada prevalência nos idosos, não é um problema, nem um conceito novo. Como conceito é usado há décadas, contudo no meio científico, ainda falta uma definição universal (Viktil et al, 2007). A polimedicação é considerada por alguns como a prescrição inadequada para a situação clínica (Bushardt& Jones, 2005; Rollason&Vogt, 2003), por muitos outros como o uso de vários medicamentos em simultâneo (Monane et al, 1997;Brandt, 2006;Cameron 2001; Viktil et al, 2007;Weaver et al 2005; Willians, 2002) e quando explicitada em número de medicamentos, como o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos (Beyth & Shorr, 1999; Brandt, 2006; Frazier, 2005; Rollason &Vogt, 2003). Nalguns estudos a polimedicação é apresentada com um sentido classificativo de acordo com o número de medicamentos prescritos em simultâneo (Fulton&Allen, 2005;Silva,Luís e Biscaia, 2004), sendo classificada em polimedicação *minor* (dois a quatro medicamentos) ou polimedicação *major* (mais do que quatro) (Frazier, 2005; Viktil et al, 2007) ou noutras situações em polimedicação ligeira (dois a três medicamentos), moderada (quatro a cinco medicamentos) ou grave (mais de cinco medicamentos).

A prevalência da polimedicação aumenta com a idade. Rollason & Vogt, 2003, estimam que o aumento do consumo de medicamentos é de 0,4 medicamentos por cada 10 anos de vida e que dois terços das pessoas com mais de 70 anos consomem entre dois a quatro medicamentos por dia e um quinto delas toma cinco ou mais medicamentos por dia. A polimedicação está associada, para além da idade, ao sexo feminino, à residência em meio rural, ao baixo nível de escolaridade e à falta de disponibilidade de consultas médicas (Brandt, 2006).

Nos idosos a polimedicação é responsável por custos excessivos, em termos individuais e institucionais, decorrentes da não adesão aos medicamentos, de reacções adversas, do

grande número de interacções medicamentosas possíveis e de erros na medicação. Destes factores, nomeadamente a não adesão à medicação e as reacções adversas estão associados ao aumento do risco de hospitalização e internamentos em lares (Brandt, 2006; Eisenhauer 1998c; Rollason&Vogt, 2003).

Cerca de 70% a 80% dos idosos já tiveram problemas relacionados com os medicamentos (Frazier, 2005; Schwartz, 1999).

Em consequência da toma de medicamentos, a probabilidade de surgir uma reacção adversa aumenta em 13%, para a toma de dois medicamentos, para o dobro se passa de 1 para 4 medicamentos, em 82% para mais de 7 medicamentos e para 100% com a toma de 10 medicamentos em simultâneo. Verifica-se que a relação entre o número de medicamentos administrados concomitantemente e a incidência de reacções adversas cresce de forma exponencial (Beers, 1997; Beers, 2000; Beyth, 1999; Caldeira, 1995; Eisenhauer, 1998b; Rollason&Vogt, 2003; Wade, 1986).

A polimedicação *per si* constitui-se como um factor predictor de efeitos adversos na saúde.

No nosso estudo consideramos **a polimedicação como o consumo de quatro ou mais medicamentos em simultâneo.**

A polimedicação traduz-se assim numa definição puramente numérica que não tem em conta a adequação da prescrição e a complexidade do regime medicamentoso considerámos por isso importante clarificar este conceito.

A complexidade de um regime medicamentoso

Um regime medicamentoso não se esgota no número de medicamentos prescritos ficando correctamente explicitado se tiver em conta, pelo menos a forma farmacêutica, a dose e frequência das tomas e as instruções de administração de cada medicamento (Conn,Taylor & Keller,1991;Conn,Taylor & Stineman, 1992; Hayes, 1998; Hayes, 1999; George et al, 2004; Pavlides, 1993).

A complexidade do regime medicamentoso pode ser avaliada através dum Índice de Complexidade Medicamentosa (ICM) que considera como indicadores número, a forma

farmacêutica, a frequência das toma dos medicamentos, as acções mecânicas necessárias para administrar o medicamento correctamente e as indicações necessárias que garantam uma toma eficaz e segura.

Conn,Taylor & Kelley, em 1991, referem que a avaliação do ICM é baseado na observação da gestão do regime medicamentoso e é por isso a tradução de um exemplo de comportamento de auto-cuidado que exige acções físicas e mentais por parte da pessoa idosa (Orem, 1993). A natureza das acções, pelo menos mentais e físicas, necessárias para a correcta gestão do regime de medicamentoso varia de acordo com a complexidade desse regime terapêutico. Administrar um medicamento prescrito requer da pessoa a capacidade de gestão de várias competências que vão desde a aquisição do medicamento, passando por ter que se lembrar da própria prescrição, de a tomar a horas certas, seleccionando a dose certa, preparando-a de forma correcta e respeitando as orientações relacionadas com cada medicamento.

O ICM avalia e pondera: a) o número de medicamentos do regime medicamentoso, b) o número de doses por dia, c) as instruções adicionais que devem ser seguidas, nomeadamente, tomar antes, durante ou após as refeições ou outras especificidades de cada medicamento e d) as acções mecânicas necessárias para administrar os medicamentos, por exemplo, aplicar gotas nos olhos, etc. Às variáveis, que constituem os indicadores da complexidade do regime medicamentoso, é-lhes atribuída uma pontuação. A pontuação total do ICM é a soma das pontuações atribuídas a cada acção e decisão necessárias para administrar a medicação prescrita para 24 horas. O índice tem um limite superior aberto, pois a cotação depende do número de medicamentos, da acção mecânica e das informações adicionais para cada medicamento. As pontuações totais do ICM descriminam os regimes, quando o número de medicamentos é o mesmo.

A validação do ICM foi realizada por um painel de enfermeiros clínicos gerontológicos e gestores. O coeficiente de correlação de Sperman's de 0.98 foi o resultado obtido com a comparação das pontuações do painel de peritos. Não foi comparado com outro instrumento, por não existir há data instrumento semelhante. No teste-reteste obtiveram 80% de concordância e consistência interna de 0,61 (alpha de Cronbach) (Conn,Taylor & Kelley, 1991).

Este instrumento de medida para avaliar a complexidade do regime medicamentoso, foi utilizado em vários estudos (Conn,Taylor & Keller, 1991; Esposito, 1995; Griffiths et al, 2004; Hayes, 1998; Hayes, 1999; Johnson et al, 2005; Maddigan, et al, 2003; Pavlides, 1993; Swanlund, 2008; Vik et al, 2006).

Em 2004, George et al desenvolveram a partir do ICM (Conn Taylor & Keller, 1991), um novo índice de complexidade de regime medicamentoso (ICRM), considerando que o ICM apresentava algumas fragilidades, em termos de identificação de formas farmacêuticas e instruções de utilização.

O ICM e o ICRM são os únicos instrumentos validados para avaliar a complexidade do regime medicamentoso (Conn, Taylor & Kelley, 1991; George et al, 2004; Melchiors et al 2007).

Um regime medicamentoso complexo, requer da pessoa idosa, conhecimentos, capacidades e competências que conduzam à tomada de decisão que lhes permita obter os medicamentos, administrá-los e monitorizar, de forma continua, os efeitos terapêuticos e efeitos secundários, aumentando dessa forma a probabilidade de obter os melhores resultados de saúde, bem-estar e qualidade de vida e uma gestão eficaz do regime medicamentoso.

A gestão de medicamentos pelas pessoas idosas

Os medicamentos não fazem efeito nos doentes que não os tomam – C. Everett Koop

A gestão de medicamentos constitui segundo Von Korff (1997), um dos elementos do processo de gestão da doença crónica, em que é fundamental, ensinar os doentes a controlar a sua doença o melhor que poderem. Nas doenças crónicas a complexidade do regime medicamentoso é uma realidade nas pessoas com 65 ou mais anos. Com estratégias adequadas de prescrição e monitorização de medicamentos poder-se-á contribuir para a melhor saúde e bem-estar da pessoa idosa com diminuição dos custos de saúde (Mallet et al, 2007; Murray & Kroenke, 2001).

A complexidade de um regime medicamentoso, não conduz, por si só, à ineficácia da gestão dos medicamentos. O nível de capacidades cognitivas e psicomotoras que as pessoas idosas detêm, em cada momento, necessárias para adquirir, administrar e

monitorizar os medicamentos conforme prescrito determinam a capacidade de gestão eficaz dos medicamentos. A baixa escolaridade está associada a incapacidade de auto-gestão do regime medicamentoso (Kripalani et al, 2006). Conhecer os factores que podem influenciar esta gestão do medicamento, naquela pessoa, são o primeiro passo para o diagnóstico e identificação de necessidades de saúde, no sentido de a poder vir a ajudar, a gerir adequadamente o seu bem-estar, a sua qualidade de vida, a sua doença e o seu regime terapêutico.

A avaliação da funcionalidade do idoso é imprescindível (Botelho, 1999), quer seja para avaliar as actividades de vida diária, quer seja para identificar a capacidade do idoso para gerir a medicação. A gestão dos medicamentos é uma das actividades da escala de autonomia instrumental – Instrumental Activities of Daily Living – IADL (Lawton, 1969, citado por Botelho, 1999; Kane&Kane,1993) que deve ser avaliada para se conhecer em que medida o idoso é independente nesta actividade e sobretudo para avaliar qual a ajuda que necessita para que essa gestão seja eficaz.

Os idosos com doença crónica apresentam necessidades diferentes em função do declínio físico ou cognitivo, que lhes possa condiciona o auto-cuidado e ou podem estar sós e não terem dinheiro. Conhecer o estilo de vida da pessoa, o seu contexto de vida individual, familiar e social é uma condição essencial, para se perceber de que forma cada pessoa poderá ser ajudada a gerir o regime medicamento.

A gestão de medicamentos pelas pessoas idosas é um processo complexo, que *“abrange os processos e sistema de suporte que estão disponíveis para ajudar as pessoas que auto administram a medicação na comunidade para obter o melhor benefício da saúde, dos medicamentos prescritos. Isso ocorre após a medicação dispensada.... Pode envolver desde o apoio de cuidadores informais, familiares e profissionais de saúde ou de acção social que a pessoa encontra no curso dos seus cuidados”* (NPA, 1998,p7 citado por Banning, 2007, p.57).

A capacidade para gerir a medicação é definida como a competência funcional e cognitiva para auto-gerir o regime medicamentoso, quando ele é prescrito, constituindo-se como um factor da adesão terapêutica (Maddigan et al, 2003; Kripalani et al, 2006).

A pessoa idosa para que seja capaz de gerir de forma eficaz o seu regime medicamentoso e consequentemente aumentar a adesão, deve identificar e enumerar o nome dos medicamentos, conhecer a aparência do medicamento, as acções terapêuticas e os efeitos secundários da medicação, as indicações para uma medicação segura, fazer uso de memorandos, armazenar correctamente os medicamentos e saber administrá-los adequadamente.

Retomando a questão subjacente, da imprescindibilidade duma equipa multidisciplinar, na gestão da pessoa com doença crónica, espera-se uma colaboração efectiva dessa equipa, onde médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros técnicos ou familiares ajudam a pessoa idosa a reduzir os riscos relacionados com os medicamentos e a melhor gerir a sua medicação.

Cada profissional desempenha um conjunto de intervenções que lhe são próprias, centradas na pessoa, no processo de gestão integrado da doença crónica, particularmente na gestão do regime terapêutico e especificamente no regime medicamentoso. Pela sua natureza os *“cuidados de enfermagem são compostos por múltiplas acções que são sobretudo uma imensidão de pequenas coisas que dão a possibilidade de manifestar grande atenção ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares (Hesbeen, 2000)”*, o acesso às actividades de vida diária e instrumentais da pessoa, ao estado de nutrição e de higiene, às vertentes psicológica, social, cultural e económica, documentando e reportando alterações agudas, perdas de integridade, quedas, efeitos secundários de medicamentos, bem como o acesso à administração, monitorização e adesão à medicação (ICN, 2005; ICN, 2008; Mallet et al, 2007; Orem, 2003), fazem do enfermeiro um elemento de charneira na gestão da doença e do regime terapêutico, pelo papel que desempenham no aconselhamento, orientação, educação e suporte que disponibilizam às pessoas (Banning, 2007; Bissonnette, 2008; Davies, 2010), *“considerando que as pessoas gostam de cuidar de si própria, desde que sejam capazes e encorajadas a ser o mais independente possível”* (Orem, 2003).

O enfermeiro cuida das pessoas procurando a manutenção da sua saúde, de acordo com as suas necessidades e expectativas e tendo em conta a manutenção do bem-estar tal como a pessoa o define. A pessoa pode influenciar os factores que condicionam a sua saúde, de acordo com o seu contexto de vida e procurando as melhores condições com vista a uma saúde óptima, mas a pessoa evolui na procura de uma qualidade de vida que

ela define de acordo com as suas potencialidades e com as suas prioridades (Kérrouac et al., 1994).

Tomando como referencial teórico, segundo Orem, que aqui assumimos, a pessoa, a quem o enfermeiro presta cuidados, é um ser que funciona biológica, simbólica e socialmente, e que apresenta exigências de auto-cuidado universais e de desenvolvimento ligadas aos desvios de saúde e que para gerir um regime medicamentoso complexo requer tempo, conhecimentos, habilidades e competências (Orem, 1993).

A teoria do auto-cuidado, segundo Orem, 1993, apresenta um quadro explícito para a compreensão das actividades que envolvem a gestão dos medicamentos, que podem envolver o auto-cuidado, a actividade de auto-cuidado e a exigência terapêutica de auto-cuidado, sendo que o auto-cuidado é o desempenho ou a prática de actividades, por parte da pessoa em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde ou o bem-estar. (Orem, 1993). Quando uma pessoa tem défice de auto-cuidado, o enfermeiro, ainda segundo Orem, 1993, actua estabelecendo com ela um plano de intervenção, em que a substitui enquanto durar esse défice ou promove estratégias de educação para a saúde ou outras, no sentido de desenvolver a maior autonomia possível, na gestão da actividade deficitária. O conhecimento da pessoa, relativamente a exigências universais e de desenvolvimento ligado aos desvios de saúde, é fundamental para definir os cuidados de enfermagem adequados.

Swanlund, et al, 2008, com base na Teoria de Enfermagem de Défice de Auto-cuidado de Orem (1993), desenvolveram um modelo de auto-gestão do regime medicamentoso considerando que a auto-avaliação das capacidades de gestão, pode ser preditiva de auto-gestão de medicamentos em idosos, definindo a capacidade de auto-gestão como a *“capacidade que as pessoas têm, em diferentes estádios de desenvolvimento humano, para controlar a sua posição e o seu movimento num determinado contexto e gerir os seus assuntos”*. A capacidade de auto-gestão é um factor crítico que influencia a manutenção da saúde e bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

Segundo, Swanlund, et al, 2008, para que o enfermeiro possa contribuir para o sucesso no auto-cuidado, na gestão do regime terapêutico complexo das pessoas idosas, é importante que considere os hábitos da pessoa, de forma a que ela possa adequar e

integrar as rotinas do seu dia a dia, nessa gestão, avaliando e assegurando, respectivamente, a necessidade de acompanhamento adequado a cada pessoa, contribuindo de acordo com a sua posição na equipa de saúde, para a simplificação do regime terapêutico, tendo em conta os medicamentos que o integram e interagindo com a pessoa, de acordo com as suas necessidades individuais, na sua administração e ajudando-a a geri-los em função dos seus custos.

O Internacional Council of Nurses (ICN) considera a gestão do regime terapêutico um foco, ou fenómeno da prática de enfermagem definindo-o como “ um comportamento de adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária (ICN, 2002).

Adesão à terapêutica nas pessoas idosas

Definição do conceito de adesão

A transição da terminologia de *compliance*” cumprimento, para a *adherence*, adesão (acto ou efeito de aderir, sinónimos no Dicionário de Língua Portuguesa, Porto Editora, 2009) e mais recentemente para *concordance*, concordância (NCCSDO, 2005) exigem uma clarificação do conceito de adesão, na prática dos profissionais de saúde e nos enfermeiros em particular, já que a adesão ao tratamento, adesão ao regime terapêutico ou adesão terapêutica, surge como um dos fenómenos de enfermagem, relevantes da prática de cuidados de enfermagem e prioritários em saúde (Bugalho e Carneiro, 2004; Bissonnette, 2008; ICN & Ordem dos Enfermeiros, 2008; Pereira, 2004)

A *compliance* refere-se a uma abordagem tradicional da prescrição em que o doente segue as indicações médicas. *Compliance* pode traduzir-se como obediência e pressupõe um papel passivo do doente, a quem é imputada a responsabilidade de não cumprir a prescrição (Brawley & Culos-Reed, 2000; McLean, W, 2007; Segal, 2007). É um conceito em declínio, face à necessidade de considerar o doente com um papel activo no processo terapêutico (NCCSDO, 2005).

O conceito de adesão definido por Haynes, em 1981 foi adoptado pela WHO em 2003, é o “*grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, em relação à toma de*

medicamentos, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde.”

A adesão não se circunscreve apenas ao regime terapêutico, mas também ao não seguimento das indicações dos profissionais de saúde relacionadas com alterações de comportamento relativos a hábitos e estilos de vida (Osterberg & Blaschke, 2005).

Haynes et al, 2006 reafirma que a adesão é a medida em que o comportamento do doente corresponde ao acordado, das recomendações dadas pelo profissional de saúde. A adesão destina-se a ser um termo de não julgamento, uma indicação de um facto e não de uma culpa do doente, do prescritor ou do tratamento (Haynes et al, 2009). A adesão à medicação está normalmente associada a um regime regular de medicamentos prescritos (Vik,Maxwelle& Hogan,2004).

A concordância pretende definir a adesão pressupondo um acordo consensual sobre o tratamento e os cuidados a seguir, estabelecido entre o doente e o prestador de cuidados (Bissel, 2003; Fermer, 2003; Jones, 2003; Haynes, 2005; Haynes et al, 2009; Leite e Vasconcelos, 2003; Swonden, 2008). Concordância, envolve a vontade do doente em aceitar e decidir aderir à medicação, pelo que o conceito implica que os cuidados sejam centrados no doente (NCCSDO, 2005). A concordância deve ter em conta a aceitação e a participação activa e voluntária da pessoa, com partilha de responsabilidade do cumprimento da terapêutica com a equipa de saúde que o acompanha. O doente e os profissionais de saúde devem caminhar para um processo negocial, em que a tomada de decisão e a responsabilização do doente pelo seu processo de gestão da doença é considerado (Bissel, 2003).

O termo *concordance*, quando utilizado, tem mostrado um esforço dos profissionais de saúde de não culpabilizarem os doentes pelo não cumprimento das recomendações, por eles veiculadas (Bissonnette, 2008). O conceito é difícil de operacionalizar e apesar de conceptualmente não haver confusão entre os termos “*compliance*”, “*adherence*” e “*concordance*”, na prática os profissionais de saúde deveriam procurar que o doente, duma forma persistente e continuada, fosse capaz de tomar os medicamentos de acordo com o prescrito, numa atitude activa e voluntária de partilha de responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o seguem (Bugalho e Carneiro, 2004; Snowden, 2008).

A adesão ao tratamento como fenómeno de enfermagem *“é uma volição com características específicas: acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhorar sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) e a não adesão é não seguir ou não estar de acordo com o regime terapêutico”* (CIPE, 2006, p.81).

O ICN considera a adesão ao tratamento e o auto-cuidado como fenómenos prioritários de saúde das pessoas (ICN, 2005). Estabelecer parcerias com as pessoas e suas famílias, para promover a adesão aos tratamentos, através dum plano de gestão do regime terapêutico, é uma das actividades dos enfermeiros.

A adesão ao regime medicamentosos prescrito está associada a aumento de resultados positivos na saúde, na segurança e na qualidade de vida das pessoas. Na perspectiva dos sistemas de saúde, a adesão está associada a melhores resultado económicos, através de poupança directa e indirecta a partir da redução da utilização de serviços de saúde (por agravamento da doença, crises agudas causadas por gestão de regime de medicação inadequada). Na perspectiva dos profissionais a adesão pode significar maior eficácia do tratamento recomendado e acordado, que por sua vez pode melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida do doente (Lehane & McCarthy, 2009), apesar da avaliação da qualidade de vida como resultado de saúde ser ainda muitas vezes negligenciada (Côté et al, 2003).

Avaliar a adesão aos medicamentos

Não existe um instrumento de medida universalmente aceite, que avalie os comportamentos de adesão terapêutica (WHO, 2003). Os instrumentos que se utilizam, para a avaliar, são aferidos comparativamente com outros que já demonstraram a sua validade em estudos anteriores (Delgado & Lima, 2001), no entanto a complexidade da adesão ainda não permitiu estabelecer um método ideal, que possa ser utilizado como

instrumento de medida de referência, quando se pretende avaliá-la e identificar a não adesão (Osterberg & Blaschke, 2005; Vermeire et al, 2001). Os métodos para medir a adesão são classificados em métodos directos e indirectos (Farmer, 1999; Vermeire et al, 2001). Os métodos directos incluem a avaliação dos metabolitos dos medicamentos, no sangue ou na urina, o uso de marcadores específicos (detectar os medicamentos ou metabolitos do medicamento tomado) ou a observação directa do doente que recebe a medicação (toma assistida). A sua interpretação permite avaliar se o doente tomou ou não a medicação, mas não permite inferir se a toma ocorreu à hora certa ou de acordo com a prescrição. A avaliação com métodos indirectos é realizada tendo em conta apenas um determinado grau de inferência face ao valor de adesão encontrado, nomeadamente nos auto-relatos (*self-report*) de adesão pelo doente ou familiares, ou cuidadores ou profissionais, na contagem de comprimidos, registos de farmácia ou monitorização electrónica das prescrições (Farmer, 1999; OMS, 2003).

O método mais utilizado para avaliar a adesão é o auto-relato do doente ou do cuidador (Cramer, 1998; Duncar-Jacob, 2003; Hughes, 2004; MacLaughlin, 2005; Murray et al 2004; Osterberg, & Blaschke 2005; Vik et al, 2005; Williams et al, 2008; WHO, 2003), através de questionários específicos. É um dos instrumentos mais fáceis de aplicar, embora a sua especificidade e sensibilidade seja mais vulnerável. Quando se comparam as taxas de adesão obtidas por métodos directos com indirectos, nomeadamente auto-relatos, nestes o doente tende a sobrevalorizar o seu comportamento de adesão (MacLaughlin, 2005; Williams et al, 2008).

Numa relação de confiança e duradoura entre o profissional de saúde e a pessoa idosa, não haverá necessidade deste sobrevalorizar o seu comportamento de adesão quando sobre ele é questionado, porque sabe que não vai ser julgado, nem repreendido.

Um dos questionários mais utilizados que através de perguntas simples avalia a adesão é o questionário desenvolvido por Morisky et al (1986) (Alguma vez se esqueceu de tomar algum medicamento? Tem atenção às horas a que deve tomar os medicamentos? Quando se sente melhor deixa de tomar os medicamento? Quando se sente pior, com a toma de medicamentos, deixa de os tomar?) cujos itens apresentam uma aceitável consistência interna, α de Cronbach de 0,61, uma sensibilidade de 0,52 e uma especificidade de 0,44, tendo sido utilizado em mais de 700 estudos (Farmer, 1999; Atreja et al, 2005; Johnson et al, 2005).

A contagem de comprimidos também é utilizada, no entanto nada garante que eles tenham sido tomados (MacLaughin, 2005)

A contagem de embalagens de medicamentos adquiridos e o recurso a base de dados farmacêuticos informatizados garantem a avaliação de medicamentos adquiridos, se esta tiver ocorrido só numa farmácia, mas não nos garantem a sua utilização subsequente, como toma efectiva (MacLaughin, 2005; Murray et al 2004; WHO, 2003; Ramalhinho e Cabrita, 1998; Vik et al 2005, Tec, 2003).

O *medication event monitoring system* (MEMS), permite avaliar taxas de adesão mais reais, já que regista a data e a hora das tomas, mas nada garante que o doente tenha efectivamente tomado a medicação. Este método não está vulgarizado na prática por não estar facilmente disponível e ser muito dispendioso (Buckwalter, 2004; Bugalho e Carneiro, 2004; Cosentino, 2002; Duncar-Jacob, 2003; Howes, 2005; MacLaughlin et al 2005; Robbins, 2004).

A escolha do método de avaliação de adesão está relacionada com a condição da pessoa e do estudo, devendo ser considerada a validade e a especificidade do instrumento de medida que se vai utilizar (Farmer, 1999). Face à inexistência de um instrumento de medida ideal, como técnica de referência, a avaliação da adesão pode surgir como pouco fiável (MacLaughin et al 2005). Na pessoa idosa os métodos directos não são utilizados para avaliar a adesão (Williams, 2008).

Independentemente da técnica de medição, os estudos definem a taxa de adesão dos doentes a determinado medicamento ou grupo de medicamentos (WHO, 2003). Essa taxa é normalmente expressa em percentagem da dose tomada em relação à dose prescrita num determinado período de tempo (Osterberg & Blaschke, 2005; WHO 2003) e pode ser medida como uma variável dicotómica (aderente e não aderente) ou como continua, variando de 0%-100%, não existindo limites definidos que permitam classificar um doente em função do grau de adesão (Bugalho e Carneiro, 2004).

Há ensaios clínicos que consideram aderente o doente que com doença crónica apresenta uma taxa de adesão entre 43%- 78%, outros 80% e particularmente nos doentes com VIH apenas com 95% de taxa de adesão considera o doente como aderente (Hughes, 2004; O Connor, J.; Rafter, N.; Rodgers, A 2004; Osterberg & Blaschke,

2005). O valor encontrado é sempre uma estimativa aproximada do comportamento actual do doente (Hayes, 2005).

Quando avaliados os resultados terapêuticos ou medidas de prevenção (tensão arterial, glicemia capilar, colesterolémia) que se encontram dentro dos valores padronizados correspondentes a controlo da doença, não significa que representam apenas a adesão terapêutica (Cramer1998; Duncar-Jacob, 2003; Hughes, 2004; MacLaughlin, 2005; Murray et al 2004; Osterberg & Blaschke, 2005; WHO, 2003).

A adesão pode ainda ser avaliada como indicador de resultado de impacto no aumento do consumo dos serviços de saúde diferenciados, ida a urgência, hospitalização e menos em qualidade de vida (Haynes,R.B.,2006; Heneghan C. et al 2006; Higgins, N; Regan,C. 2004; Hughes,C.M.,2004; Schlenk,E.A.; Dunbar-Jacob,J; Engberg,S, 2004;TEC, 2003), no entanto a adesão à medicação correlacionada com qualidade de vida, não tem sido devidamente avaliada (Côté et al 2003; Williams et al, 2008).

A não adesão nos idosos

Nos países desenvolvidos, em terapias de longo prazo, na população geral, a adesão é de cerca de 50% e muito mais baixa nos países em desenvolvimento (WHO, 2003).

A não adesão seja intencional ou não intencional é a falha no cumprimento da prescrição, interromper a medicação antes do tempo previsto, omitir doses, tomar mais ou menos medicação do que prescrito ou tomar uma dose na hora errada (ASA & ASCP, 2006). A não adesão é hoje um dos grandes problemas de saúde no Mundo por poder provocar um agravamento das doenças crónicas. O risco de não adesão aumenta com a duração e a complexidade do regime terapêutico e ambos estão presentes em situações de doença crónica (WHO, 2003). A fraca adesão ao tratamento compromete os esforços do sistema de cuidados de saúde, dos responsáveis pela tomada de decisão e dos profissionais de saúde na melhoria da saúde das populações e o esforço individual de corresponder ao acordado com o profissional de saúde. A não adesão ao tratamento provoca complicações na pessoa, reduz a sua qualidade de vida, desperdiça recursos de cuidados de saúde e desgasta a confiança do público nos sistemas de saúde. (WHO, 2003; ICN/Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Nos idosos este problema tem particular relevância pela simultaneidade de diferentes doenças crónicas. Não sendo necessariamente mais prevalente nos idosos do que nos jovens, nos idosos, pela sua vulnerabilidade aos efeitos negativos dum controlo baixo da medicação, a não adesão tem consequências no aumento da probabilidade do insucesso da terapêutica, por complicações evitáveis, por aumento dos gastos com a saúde e aumento da morbilidade e mortalidade nas pessoas idosas (Hughes, 2004; WHO, 2003).

As taxas de adesão nas pessoas idosas apresentam grande variabilidade de acordo com os estudos publicados variando de 26-59% (Barat, 2001; MacLaughlin, 2005) e de 46% - 76% (Aminzadeh, 2000; Di Matteo, 2004; Hughes, 2004; Vik et al, 2005). Apesar dos muitos estudos publicados, sobre adesão, os resultados não são coincidentes, em parte devido à variabilidade na sua definição e à diversidade de métodos para a avaliar.

A baixa adesão à terapêutica medicamentosa tem consequências económicas e sociais significativas, pois constitui um predictor de elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (Beers, 2000; Cusack, 1997; Frazier, 2005; Johson, 2005; Kogos, 2004; MacIsacc, 1989; Malhotra, 2001; Otero, 2003; Pirmohamed, 2004; Rosner, 2006; Santos, 1996). A não adesão é um fenómeno preocupante, nas pessoas idosas, pois contribui para o aumento do risco de reacções adversas, estimando-se que 21% delas se poderiam ter evitado (Gurwitz, 2003; Gurwitz, 2005). Cerca de 28% das admissões hospitalares dos idosos estão relacionadas com a medicação. A não adesão é responsável por 11% dessas admissões e 17% são devidas a reacções adversas (Col et al 1990). A não adesão é também responsável por cerca de 23% das admissões em lares (Peterson et al, 2003).

As hospitalizações e admissões em lares constituem custos directos da não adesão (Peterson, et al, 2003; MacLaughlin 2005). A não adesão é um problema que se traduz em resultados negativos de saúde com custos acrescidos para os doentes e para as organizações de saúde (Cleemput et al, 2002).

Nos EUA estima-se que as admissões hospitalares em consequência de não adesão terapêutica, custam \$100 biliões anualmente (Alliot, 2004; Peterson et al, 2003; Atreja et al, 2005;) e no Canadá entre \$7 a \$9 biliões por ano (Coams, 1997). Em Portugal estima-se que 43000 doentes por ano, são admitidos nos hospitais em consequência de situações relacionadas com medicamentos que se poderiam prevenir (Guerreiro et al,

2005).Um estudo recente do CEFAR (2006), apresentado no 22nd International Conference on Pharmacoepidemiology and Therapeutic Risk Management, refere que entre 2000 e 2004 os hospitais do Serviço Nacional de Saúde registaram 15013 internamentos cuja principal causa foi a ingestão de medicamentos errados ou em doses para além das recomendadas, o que representa 0,2 a 0,4 % dos internamentos totais nestes hospitais. Os números podem estar subvalorizados, pois só contemplam internamentos e não idas à urgência, da qual não resultou internamento, nem os casos que não chegam às unidades de saúde e as mortes imediatas.

Considerando que 80% da população idosa toma um medicamento e que um grande número de idosos toma quatro a cinco medicamentos simultaneamente a não adesão é um fenómeno previsível de grande impacto para as pessoas idosas.

Factores de adesão nos idosos

A adesão é um fenómeno multidimensional que depende de vários factores de etiologia diversificada: demográficos, socioeconómicos, sistema de cuidados de saúde, condições da doença, relacionados com a terapêutica e relacionados com o doente (WHO, 2003).

A razão da não adesão à medicação é difícil de definir de forma absoluta, pois depende dum conjunto considerável de factores, da sua prevalência em cada pessoa e da forma como ela consegue controlar a interligação entre eles, como lida com eles e de que ajudas dispõe para lidar com eles.

Na população geral, podem identificar-se como preditores de não adesão: o baixo estatuto socioeconómico, a pobreza o analfabetismo e baixo nível educacional, o desemprego, a distância aos centros de tratamento, o custo elevado do transporte ou da medicação, as características da doença, alterações em situações ambientais, a cultura e as crenças acerca da doença e do tratamento e disfunções familiares (WHO, 2003). Os factores relacionados com a terapêutica: a complexidade, a duração do tratamento e os efeitos secundários, são relevantes na adesão ao regime medicamentoso (Griffith, 2006).

As pessoas idosas são considerado um grupo muito vulnerável face ao seguimento das indicações terapêuticas, contudo a idade isoladamente não está associada a redução das taxas de adesão (Elliot et al, 2007). As causas de não adesão, por parte dos idosos são

complexas e multifactoriais, como na população geral, sendo que neste grupo etário se acentuam alguns dos factores identificados, os demográficos, sociais e económicos, os relativos à doença e ao regime terapêutico prescrito e os relacionados com a relação da pessoa com os profissionais e serviços de saúde e da organização de cuidados (Barber et al, 2004; Buchmann, 1997; Cargil, 1992; Cohen 1998; Coleman2005; Corlet, 1996; Cameron, 1996; Erlen, 2002; Evangelista et al, 2003; Franck, 1994; Fulmer, 2001; Hughes, 2004; Isaac, 1993; Klein et al, 2004; Loden, 2000; MacLaughlin, 2005; Ownby, 2006; Schlenk, Dunbar-Jacob, Engberg, 2004).

A possibilidade de alterações cognitivas e funcionais, as múltiplas doenças crónicas em simultâneo, condicionam um regime terapêutico complexo contribuindo de forma significativa para o fenómeno de não adesão neste grupo etário em particular (Corsonello et al 2009; Mann, 2009; Siddal, 2005;WHO, 2003). A interacção entre os diferentes factores presentes, nomeadamente as situações decorrentes da pessoa, da doença e dos medicamentos influencia a funcionalidade do idoso e as suas respostas (internas e externas) à gestão do regime terapêutico e acabam por determinar variações na adesão (Hughes, 2004; Ellenbecker et al, 2004). As crenças e os valores das pessoas, relativas à saúde e aos medicamentos são potentes factores preditores de não adesão. A crença de que é possível adoptar um determinado comportamento que permita o controlo sobre o regime medicamentoso, a eficácia percebida do medicamento, isto é se o medicamento é percebido como sendo de grande utilidade ou necessidade, então é mais provável que seja tomado, se a pessoa não o vê como necessário é provável que não o tome. O comportamento é determinado pela importância que cada um atribui aos resultados que dele podem advir se ele for adoptado. A percepção da probabilidade de reacções adversas ou a possibilidade de alternativas constituem factores de adesão, suportados pelos postulados do modelo de crenças em saúde “ *Health Belief Model*” (WHO, 2003). A complexidade do regime medicamentoso, o custo dos medicamentos (Elliot et al, 2007;TEC,2003), a falta de comunicação com o prescritor (Wilson et al, 2007), são identificados como factores de não adesão, nos idosos. Nestes tem particular relevância a sua condição social, a tipologia do seu núcleo familiar, a instabilidade habitacional e o apoio das redes sociais que eventualmente recebam.

A Tabela 1 resume os factores de adesão relacionados com o doente, com as suas características sociodemográficas, os aspectos clínicos e relacionados com os medicamentos, os comportamentais e económicos.

Tabela 1	
Factores de adesão	
Categoria	Factores
Sócio-demográficos	Idade
	Biotipo
	Sexo
	Ocupação
	Nível educação
	Educação para Saúde
Clínicos	Tipo de doença
	Gravidade e duração da doença
	Número de doenças associadas
	Frequência do uso dos serviços de saúde
	Satisfação dos doentes com os serviços de saúde
	Qualidade dos cuidados
Medicação	Regime de doses
	Tipo de medicamentos
	Número de medicamentos
	Tipo de embalagem
	Sistema de distribuição medicamentosa
	Uso de ajudas de adesão
	Regime terapêutico
	Reacções adversas
Comportamentais	Interacção doente profissional de saúde
	Conhecimento do doente, compreensão e crenças face à doença ou doenças e medicamentos
	Conhecimento e crenças do cuidador
Económico	Classe social
	Tipo de assistência na saúde
	Custo da medicação e dos cuidados de saúde
	Rendimento do doente

Fonte: adaptado de MacLaughlin, 2005

Os custos dos medicamentos surgem como a primeira causa de não adesão nos idosos, no estudo de Lynch, 2006. A incapacidade funcional, da pessoa idosa, que lhe limita a capacidade de abrir as embalagens, a dificuldade de visão, de leitura ou de compreensão das instruções fornecidas pelos profissionais de saúde são identificadas nos estudos de Beckman, 2005, Claesson et al, 1999 e Howes, 2005, como factores de não adesão. As falhas de memória que conduzem ao esquecimento são uma das causas mais prevalentes, nas pessoas idosas, responsável pela não adesão não intencional (Esposito, 1995; Ownby, 2006).

Os aspectos relacionados com o doente, nomeadamente as alterações fisiológicas, que condicionam o auto-cuidado do regime terapêutico, o défice cognitivo, de memória e de visão, a destreza manual para manusear as embalagens, o número de medicamentos, o regime medicamentoso complexo, as limitações económicas e a diminuição intencional da dose prescrita têm implicações significativas na não adesão medicamentosa (Banning 2004; Banning 2004a; Caramé, 1997; Cooper, 2005; Fulmer, 1999; Howes, 2005; Osterberg & Blaschke, 2005; Spiers, 2004).

Nos estudos de Ownby, 2006 e Westbury, 2003, os factores que levaram os idosos a não tomar os medicamentos foram: o ajustamento da toma dos medicamentos de acordo com os sintomas e com as suas rotinas diárias, o acreditarem que os medicamentos não estão a produzir efeito e que não são necessárias, a manifestação de efeitos secundários desagradáveis, o terem muitos medicamentos prescritos em simultâneo e não compreenderem ou confundirem o regime prescrito. Krueger et al, 2005 identificam barreiras à adesão que podem estar relacionadas com as características do doente, com questões familiares e culturais, com características psicológicas e de comportamentais, com características do tratamento e dos serviços de saúde, e com as relações com o profissionais de saúde. O analfabetismo ou a baixa literacia, a pobreza, a depressão, a doença psiquiátrica, o declínio da função cognitiva, o esquecimento, o *stress* psicológico, a ansiedade, a falta de conhecimento sobre a doença, a falta de crença no benefício do tratamento e de que os medicamentos não são importantes ou são prejudiciais, a complexidade do regime medicamentoso, o estar cansada de tomar medicamentos, os efeitos adversos ou o medo do aparecimento de efeitos adversos do medicamento, o custo da medicação, as barreiras para acesso aos cuidados ou medicamentos e a falta de acompanhamento adequado, são um conjunto de factores que

devem ser tido em conta quando os profissionais de saúde querem contribuir para a resolução deste problema nas pessoas idosas.

A identificação e compreensão destes factores, quando se pretende ajudar uma pessoa idosa a gerir o seu regime medicamentoso e a aumentar o cumprimento das indicações dadas, deve ser feito o mais precoce possível para poderem ser controlados e monitorizados, aquando da definição das estratégias para garantir elevadas taxas de adesão (Bugalho e Carneiro, 2004; Haynes et al (2009) Hughes, 2004; MacLaughlin, 2005; WHO, 2003; Kruger, 2005; van Dulmen et al, 2007).

Destacamos a complexidade do regime medicamentoso como um dos factores determinantes na adesão pelo que deve ser criteriosamente avaliado quando se pretende ajudar o idoso a gerir o seu regime medicamentosos e aumentar a adesão (Conn, Taylor & Kelley, 1991; Kelley, 1988; Georg, et al, 2004; Correr et al, 2005; Johnson et al. 2005; Pavlides, 1993). Um regime simples, ajuda a maximizar a adesão, particularmente se combinado com intervenções educativas e comportamentais dos profissionais de saúde (Krueger et al, 2005; Osterberg & Blaschke, 2005; van Dulmen et al, 2007).

A relação com os profissionais de saúde, tendo por base as suas competências de comunicação (a capacidade de ouvir o outro, estar com ele, no sentido de saber ser e saber estar com o outro) é fundamental para promover comportamentos de adesão (Dunbar- Jacob et al, 2003; Banning, 2007).

Modelos teóricos na adesão terapêutica

Vários são os modelos teóricos que podem ser invocadas para a compreensão da não adesão: modelos cognitivos, psicodinâmicos da personalidade e conceitos sociais (Krueger et al, 2005; MacLaughlin, 2005; Osterberg & Blaschke, 2005; Schlenk; Dunbar- Jacob; Engberg, 2004; van Dulmen et al, 2007; Wal et al, 2006)

As teorias que suportam a mudança do comportamento podem aqui ser evocadas destacando-se os modelos sociocognitivos, o modelo de crenças de saúde, *locus* de controlo de saúde, a teoria de aprendizagem cognitivo-social, (Whitehead, 2001; Heiby, 2005; Ogden, 2004; Paul & Fonseca, 2001; Ribeiro, 1988; Squire, 2005).

Leventhal e Cameron, 1987, citado por Osterberg& Blaschke, 2005; vanDulmen et al, 2007 e WHO,2003, perspectivam modelos teóricos que podem ser considerados na adesão terapêutica: modelo biomédico, comportamental, educacional ou comunicacional, cognitiva e de auto-regulação.

O modelo biomédico ajudou a perceber a doença, o regime terapêutico, suporta a prescrição, em que o é doente passivo e obedece a ordens médicas. O médico deve conseguir interagir com outros profissionais no sentido de explorar novos conhecimentos e inovações tecnológicas que o conduzam à simplificação do regime medicamentoso (WHO, 2003; vanDulmen et al, 2007).

Os modelos comportamentais de aprendizagem têm por princípio que a aprendizagem muda de acordo com as suas consequências imediatas. As consequências agradáveis dão força ao comportamento, reforçam-no, enquanto as consequências desagradáveis o enfraquecem. O reforço, as sugestões e o incentivo positivo, podem dar bons resultados e são considerados como pedras basais nesta teoria. Um princípio repetido pode tornar-se automático (WHO, 2003; Redman, 2003). Segundo a teoria cognitiva da aprendizagem, a aprendizagem é o desenvolvimento de padrões que fornecem um guia potencial para o comportamento. Novos conhecimentos levam a uma reorganização da estrutura cognitiva da pessoa que os vai armazenando e integrando. Os profissionais identificam o problema, sabem como abordá-lo, consolidam a informação de modo significativo, monitorizam-no e predizem rigorosamente o resultado esperado (Bennett, 2002, Redman, 2003;).

Bandura desenvolveu a teoria cognitiva social, ou teoria da aprendizagem social, que incorpora aspectos cognitivos e comportamentais. As pessoas adquirem informação, valores, atitudes, julgamentos morais e padrões de comportamento através da observação dos outros, aprender assistindo e ouvindo ou lendo. Acrescentou ainda o conceito de auto-eficácia. A auto-eficácia percebida é uma crença da pessoa face à sua capacidade para realizar um desempenho, é a confiança própria para realizar um comportamento desejado (Leventhal et al 2008). Os julgamentos de auto-eficácia baseiam-se nas principais fontes de informação: comportamentos alcançados, experiências vicárias ou substitutas, persuasão verbal, estados fisiológicos percebidos, a partir dos quais a pessoa julga parcialmente a sua capacidade, força e vulnerabilidade. A auto-eficácia também diminui emoções não estabelecidas como o *stress* e a depressão

(Redman, 2003). O conceito de auto-eficácia é importante para iniciar um comportamento, mas difícil de garantir a sua manutenção.

Bandura considera que a percepção de uma ameaça à saúde provoca uma avaliação cognitiva em cadeia dos aspectos da severidade da ameaça, a probabilidade da ocorrência do acontecimento, da eficácia das estratégias de *coping* e as expectativas de auto-eficácia para uso das estratégias de *coping* (Paul & Fonseca, 2001).

A capacidade para a aprendizagem deverá ter em conta a perspectiva comunicacional e relacional, cognitiva e de auto-regulação da pessoa. Para aprender e mudar comportamento é preciso estar motivado, os factores de motivação interna e externa são mobilizados quando se procura ajudar a pessoa, a aprender e a manter um comportamento.

O modelo de adesão de Ley, modelo de hipótese cognitiva de adesão, defende que esta se poderia prever através da combinação da satisfação do doente em relação à consulta com a compreensão da informação dada e a capacidade de recordar essa informação. (Ogden, 2004).

O modelo desenvolvimental de adesão ao tratamento de Kristeller & Rodin, 1984, considera três estádios: o estágio I – *compliance*, a pessoa concorda com o tratamento o Estádio II a adesão, continua o tratamento com acompanhamento e o Estádio III a manutenção ou persistência do comportamento, em que a pessoa tem a capacidade de manter o tratamento integrando-o nos seus hábitos e estilo de vida. Este modelo permite determinar intervenções específicas de acordo com o estágio em que a pessoa se encontra face à doença crónica e tratamento.

Também o modelo Informação – Motivação – Comportamento (IMB) (WHO, 2003) pretende dar suporte a estratégias de intervenção complexas, capazes de orientar as pessoas para comportamentos de adesão. Uma pessoa informada e motivada terá maior probabilidade de apresentar um comportamento aderente.

No modelo de crenças de saúde os aspectos psicossociais como as atitudes e as crenças face à saúde e à doença são os determinantes de maior relevância para a procura de ajuda de um profissional de saúde. O modelo parte do pressuposto de que há mediadores cognitivos (crenças) que interagem entre si para produzir alterações

comportamentais no sentido da promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e da qualidade de vida. A percepção que a pessoa tem da ameaça, da expectativa de resultado e da expectativa de eficácia, vai condicionar o seu comportamento. (Paul & Fonseca, 2001).

A forma como a pessoa percebe a sua doença e os tratamentos é um factor condicionante de adesão e deve determinar as estratégias de intervenção. A adesão pela sua complexidade e natureza multifactorial requer intervenções complexas e multifacetadas.

Os idosos são um grupo vulnerável pelo que é fundamental que os profissionais de saúde centrem os seus cuidados na pessoa. Avaliar a pessoa, para além da caracterização relativa à idade, sexo e estado funcional, face à forma como experienciam a sua doença e o seu tratamento, que conhecimentos e que compreensão tem dela, que papel são capazes de desempenhar sozinho ou com família, na gestão da sua doença e do seu regime terapêutico e medicamentoso, em particular, deverá ser uma prioridade para a equipa de saúde. Esta tem que ser capaz de estabelecer um plano de intervenção que tenha em conta, a concordância da pessoa e com ela e com família, negociar de acordo com as suas crenças e valores, necessidades sociocognitivas, comportamentais e educativas esse plano com objectivos e metas exequíveis e mensuráveis. As intervenções educativas requerem a definição do tipo de educação (educação centrada na pessoa, individualizada, de curta duração, fornecendo informação escrita e fazendo reforço continuado sempre que necessário) identificando que aconselhamento é necessário e de que forma se poderão implementar, as estratégias definidas. Monitorizar os resultados das intervenções é imprescindível para perceber de que forma elas produzem resultados favoráveis de saúde, percebidos pela pessoa de forma continuada.

Estratégias de Intervenção que aumentam a adesão aos medicamentos

Os profissionais de saúde devem centrar os cuidados nos doentes pois é neles ou nos seus cuidadores que está reflectido o contexto individual, familiar e social que podem ter interferência na adesão (WHO, 2007; Leite e Vasconcelos, 2003; Lowes, 1998).

As intervenções de qualquer profissional de saúde devem procurar garantir a segurança do doente ajudando-o a atingir os melhores resultados de saúde e bem-estar, com o mínimo possível de custos com os cuidados de saúde, num compromisso relacional e ético permanente.

Banning, 2007a, considera que para alterar comportamentos de adesão, não devem ser esquecidos os contextos teóricos. A adesão à medicação, em sentido estrito, é o segundo estágio (teoria da adesão) no complexo processo que conduz um doente a tomar medicamentos de forma persistente, porque o primeiro pilar é a concordância do doente em tomar ou não tomar os medicamentos e essa resulta do compromisso que ele assumir com o profissional de saúde para adaptar esse comportamento, que em muito depende da sua motivação e da relação que estabelece com o profissional.

Na Tabela 2 apresentamos as intervenções que podem contribuir para o aumento da adesão terapêutica classificadas em educacionais e comportamentais (Bugalho e Carneiro, 2004; Hughes, 2004; Peterson et al 2003; Redman, 2003). As intervenções educacionais incluem o fornecimento (pelo médico, enfermeiro ou farmacêutico) de informação escrita ou oral e disponibilidade de material audiovisual (Burge, 2005; Hayes, 2005; Peterson et al 2003; Curry et al, 2005), a inclusão em programas individuais de educação e aconselhamento (Suhonen, Välimäki & Leino-kilpi, 2008; Ryan&Chambers, 2000) ou programas de grupo (Curry et al, 2005; Esposito, 1995; Hakes, 1998; Miller, 2004). As intervenções educacionais devem ter em conta, os modelos e teorias de aprendizagem das pessoas adultas (Redman, 2003; Rice, 2004).

As intervenções comportamentais pretendem: aumentar a comunicação e aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver os doentes no tratamento, fornecer memorandos, dar reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação e resultados terapêuticos (Bugalho e Carneiro, 2004; Haynes, et al, 2009; Peterson et al 2003; Ulfvarson et al, 2006).

As tecnologias de informação e comunicação (telefone, internet) são hoje um recurso disponível para ajudar as pessoas a aumentar a adesão aos medicamentos programando-lhes alarmes e memorandos para que a toma de determinada medicação seja efectuada (Barber, et al, 2004; Buckwalter, 2004; Hughes, 2004).

Tabela 2**Intervenções para aumento da adesão terapêutica**

INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS
Administração de informação: <ul style="list-style-type: none">• Oral• Escrita• Audiovisual e ou informática• Programas de educação individuais• Programas educacionais em grupo
INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS
Aumento da comunicação e aconselhamento <ul style="list-style-type: none">• Directo (consulta)• Seguimento directo por via telefónica• Mensagens telefónicas automáticas• Mensagens geradas automaticamente por computador• Intervenção familiar
Simplificação dos esquemas terapêuticos <ul style="list-style-type: none">• Diminuição do número de doses medicamentosas• Diminuição do número total de medicamentos
Envolvimento dos doentes no seu tratamento <ul style="list-style-type: none">• Auto-monitorização da doença (glicemia, tensão arterial, função respiratória)• Auto-administração do tratamento
Memorandos <ul style="list-style-type: none">• Embalagens especiais (empacotamento da medicação em embalagens individuais com a inscrição do dia da semana e horário)• Informação visual sobre a toma da medicação• Caixas de contagem e distribuição de medicação• Alertas para a adesão a consultas e à medicação• Alertas para a aquisição de receituário para manutenção do esquema proposto (carta, oral, telefónico, computador)
Reforço ou recompensa pela melhoria da adesão a medicamentos e resultados terapêuticos <ul style="list-style-type: none">• Redução da frequência das consultas médicas• Incentivos monetários• Facilitação na aquisição de bens (esfigmomanómetro em doentes com HTA)

Fonte: Adaptado de Bugalho & Carneiro, 2004), p.20-21

A adesão a um regime prescrito, tem sido uma das metas a alcançar, com a prática de educação para a saúde (Miller, 2004;Redman,2003). A educação para a saúde, de acordo com as indicações mundiais, é um instrumento fundamental para aumentar o conhecimento das pessoas, desde que lhe seja fornecida a informação adequada sobre a sua doença e seus determinantes e a eficácia dos tratamentos com o acompanhamento conveniente. A educação para a saúde, segundo Tones e Tilford (1990) “é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença... produzindo mudanças no conhecimento, compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamento e estilos de vida.”

Nas pessoas idosas as exigências de ensino/aprendizagem devem ser consideradas com especial atenção (Curry et al, 2005). Os profissionais de saúde devem ter em conta as possíveis alterações de memória, o aumento do tempo de resposta cognitiva e diminuição do funcionamento sensorial decorrentes da idade. *“A autonomia, o envolvimento, a motivação e a saúde podem condicionar a aprendizagem. Muitos idosos enfrentam a necessidade de auto controlar eficazmente a doença crónica, tomar decisões sobre os cuidados, desempenhar actividades que ajudem a controlar a sua condição e aplicar as capacidades para manter funcionamento adequado nomeadamente no uso dos medicamentos. Estes comportamentos, ...incluem algumas tarefas, como o uso de medicação e têm como objectivo diminuir o impacto da doença na vida quotidiana.”* (Redman, 2003).

Nas revisões sistemáticas de Banning, 2004;Banning, 2009;Banning,2008; Connor et al, 2004; Haynes et al, 2006; Haynes et al, 2009; Higgins, N&Regan,C. 2004), no artigo de revisão de Hughes, 2004 e na revisão sistemática que realizei e publiquei, no sítio da Universidade de Lisboa (Henriques,2007) em poster (Henriques,2008) e capítulo de livro (Henriques,2009) há evidência de que algumas intervenções podem ser eficazes no aumento de adesão e nos resultados em saúde, no entanto em tratamentos de longa duração é importante simplificar o regime terapêutico e considerar um conjunto de intervenções complexas garantindo em simultâneo a interacção com o doente. Nos regimes terapêuticos complexos, em idosos, não é observada evidência de que as intervenções tenham impacto no aumento de adesão (Haynes et al, 2006; Haynes et al, 2009; Krueger et al, 2005). Nos grupos que regularmente se esquecem de tomar os

medicamentos, parece haver evidência de que as intervenções comportamentais podem ser eficazes (Kruger et al, 2005; vanDulmen et al, 2007). A intervenção isolada é insuficiente para assegurar a adesão do doente (Krueger, 2005).

A meta-análise dos estudos de intervenção para aumentar a adesão de Peterson et al 2003, apresentam um aumento de adesão de 4 – 11%, mas nenhuma das intervenções consideradas surgem como a melhor estratégia.

Higgins e Regan (2004) e TEC, 2003 apresentam estudos em que as diferenças de ganhos de adesão variam de 19 a 23 % comparando o grupo de intervenção com grupo controlo. van Eijen, 2003, na revisão sistemática que efectuou, encontra grandes dificuldades em avaliar a adesão antes e depois das intervenções, para afirmar com evidência, quais as mais significativas. Nalguns estudos, as intervenções comportamentais, mostraram variações de adesão de 11-42% e noutras 6 – 26%. As intervenções, consideradas nos estudos, surgem integradas num conjunto de cuidados e não isoladamente e incluem combinações, nomeadamente: informação, memorandos, aconselhamento, terapia familiar, psicoterapia, intervenção na crise, acompanhamento telefónico entre outras, de forma continuada.

O estudo de Griffiths, 2004, avalia as intervenções de enfermagem, na comunidade, e o seu contributo para o aumento de adesão. Este estudo demonstrou o distinto e único papel que o enfermeiro da comunidade desempenha na detecção do risco para a ajuda na autogestão do regime medicamentoso dos idosos, mas não mostra evidência em ganhos de adesão.

Higgins e Regan (2004), que estudaram a eficácia de vários tipos de intervenções em pessoas idosas, com diferentes grupos profissionais (farmacêuticos e enfermeiros) para aumentar a adesão, concluem que ainda não existe nenhuma evidência forte para suportar o uso de qualquer tipo de intervenção para ajudar a melhorar a adesão nos idosos.

Na revisão de Haynes, 2006, de 25 estudos analisados, nove intervenções estavam associadas a aumento significativo de adesão, em pelo menos, num dos métodos de avaliação de adesão e entre 6-12 meses. Três dos estudos demonstravam aumento em pelo menos um dos resultados de saúde, entre 6-9 meses. Nos tratamentos de longa

duração, em 26 das 58 intervenções reportadas, de 49 RTC (*Randomized Controlled Trial* – Ensaios aleatorizados e controlados) estavam associadas ao aumento de adesão, mas apenas 18 estavam associadas a aumento de resultados positivos de saúde. Na intervenção com idosos, não se verificou impacto na adesão.

Ruppar et al, 2008, realizaram uma revisão sistemática que incluía doze tipos de intervenções que podem ser utilizadas para promover a adesão à medicação das pessoas idosas e concluem que as intervenções educativas mostram benefícios. No entanto há poucas intervenções, nomeadamente as que incluem como gerir os medicamentos e a sua administração, em que o esquecimento pode estar presente, independentemente do estado cognitivo que foram muito pouco testadas em ensaios aleatorizados e controlados. Igualmente a monitorização da medicação realizada pelo doente, está pouco estudada, bem como as intervenções nos idosos, que intencionalmente tomam menos medicamentos do que os prescritos ou naqueles que têm intenção de tomar a medicação conforme prescrito, mas que muitas vezes se esquecem das doses. Os autores concluem que são necessários, estudos aleatorizados e controlados, realizados por enfermeiros, cujas intervenções na adesão à medicação, nas pessoas idosas, na prática clínica, são um foco principal, mas que são sub-representadas em revisões sistemáticas.

Banning, 2004,2005 refere que no caso dos idosos, em intervenções educativas multidisciplinares, os enfermeiros são negligenciados. Willians et al, 2008 conclui na revisão sistemática que pessoas com múltiplas combinações de doenças crónicas representam um grande desafio para os enfermeiros e outros profissionais de saúde que procuram melhorar a adesão à medicação e os resultados clínicos associados. Apesar do aumento da prevalência e incidência das pessoas, sobretudo idosas polimedicadas, a evidência das intervenções que melhorem a adesão à medicação é mínima. Coleman, 2005, destaca o papel do enfermeiro no acompanhamento das pessoas idosas, na comunidade e o seu contributo na adesão à medicação. Quando há evidência as intervenções combinadas são mais eficazes do que intervenções isoladas (Haynes, 2006) e as intervenções multidisciplinares garantem ganhos consideráveis (Sorensen et al, 2004). Um estudo cuja intervenção, foi o aconselhamento feito por enfermeiros em conjunto com revisão e modificação do regime por um cardiologista geriátrico resultou num aumento de 15% da taxa de adesão e um estudo com aconselhamento pelos enfermeiros, em casa dos doentes, não foi eficaz, mas associado a seguimento e reforço

através de contacto telefónico aumentou a adesão (Vik, Maxwell and Hogan, 2004; Vik et al, 2005).

Quanto aos custos da não adesão, com impacto em resultados de saúde (controlo da doença, qualidade de vida, hospitalizações e morte), os estudos não encontram resultados com forte evidência, devido ao reduzido número (Haynes, 2006; Heneghan C. et al, 2006).

Tomar medicamentos é um processo metódico que conduz a um hábito de vida. Viver com os medicamentos implica um ajuste a um determinado estilo de vida, que requer o ajustamento da vida aos efeitos secundários que alguns medicamentos possam causar, ao suporte social necessário e a ser capaz de gerir o regime terapêutico por forma a conseguir a melhor qualidade de vida possível (Ryan&Chambers, 2000; Schmetzer, 1999; Chia, Schlenk & Duncar-Jacob, 2006).

As intervenções de enfermagem (*“qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do doente/cliente”*) como o controlo de medicamentos, ensino de medicamentos, aconselhamento e acompanhamento, poderão ser fundamentais para ajudar uma pessoa a gerir eficazmente a sua medicação, contribuindo para a adesão à medicação e obtendo como resultado melhorar a adesão a um tratamento, promoção da saúde e melhor qualidade de vida. (Dochterman&Bulechek, 2008).

O enfermeiro após a identificação de diagnóstico de “regime medicamentoso ineficaz” ou “risco de gestão ineficaz do regime medicamentoso” planeia um conjunto de intervenções e actividades ou acções para obter resultados desejados e adequados à pessoa.

Para os enfermeiros, as acções educar e monitorizar, entendidas como um processo intencional aplicado ou desempenhado por um cliente (CIPE, 2005), devem ser consideradas, no processo de cuidados que possa conduzir a uma gestão eficaz do regime terapêutico, especificamente do regime medicamentoso.

Benner, 2001, afirma que os enfermeiros não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspectivas ao doente, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de cuidados de

enfermagem. Os cuidados de enfermagem, que ainda segundo Benner, 2001 se desenvolvem em sete domínios, dos quais destacamos no contexto dos cuidados para melhorar a gestão do regime medicamentoso e aumentar a adesão, a função de educação e de guia. A função de educação, permite ao enfermeiro identificar, o momento (ele sabe quando o doente está pronto a aprender; ajuda os doentes a interiorizar as implicações da doença no seu estilo de vida), sabe e compreende como o doente interpreta a sua doença, fornece uma interpretação do estado do doente e das razões dos tratamentos. A função de guia torna abordáveis e compreensíveis os aspectos culturais de uma doença.

O enfermeiro é não só um elemento facilitador, possibilitando ao outro a aquisição conhecimentos e competências, ele promove também um aumento de poder e controlo sobre a saúde da pessoa ajudando-a a tomar parte da decisão dum plano de cuidados adequado e individualizado.

Ajudar os idosos a gerir os seus medicamentos, no sentido de aumentar a adesão e conseguir os melhores resultados de saúde e de qualidade de vida é hoje, para os enfermeiros, mais do que o tradicional “ pergunte ao seu médico ou ao seu farmacêutico”. O saber, utilizado pelos enfermeiros no cuidado aos idosos é “ o saber da disciplina de enfermagem....comum ao grupo... utilizado na interacção com o cliente, com a finalidade de aumentar o seu bem-estar nas suas reacções às doenças, acidentes, situações de risco, na forma como vive o seu projecto de saúde” (Basto, 2007), independentemente do contexto onde interage com a pessoa. Integrado na equipa multidisciplinar, é responsável por desenvolver intervenções, com a pessoa, que a ajudem a adquirir a melhor saúde e qualidade de vida possíveis. A adesão e a gestão do regime terapêutico são seguramente foco e intervenções de enfermagem, em que o enfermeiro desenvolve processos de cuidar.

Estudos Portugueses sobre adesão e gestão do regime medicamentoso

Os estudos portugueses sobre a adesão e a gestão e ao regime medicamentoso são estudos que têm sido realizados em contexto e em realidades específicas. Foram estudados doentes hipertensos de acordo com a adesão aos tratamentos, carga de medicamentos e adesão à medicação (Alvarez e Clara, 1995; Calaça et al, 1986; Ramalhinho e Cabrita, 1998) foi realizado um estudo dos conhecimentos e

representações de doença associados à adesão terapêutica em doentes diabéticos (Sousa, 2003), adesão ao regime terapêutico de pessoas com Insuficiência Renal Crónica (Machado, 2009) e um estudo com doentes dislipidémicos que avalia os resultados de um programa de cuidados farmacêuticos (Pereira e Cabrita, 2006). Silva, Luís e Biscaia, 2004 estudaram a polimedicação da população de dois Centros de Saúde.

Outros estudos tiveram como objectivo validar medidas para avaliação da adesão à terapêutica para a população portuguesa em doentes hipertensos e indivíduos portadores de VIH/SIDA (Delgado e Lima, 2001; Pereira e Silva, 1998, André, 2005). Um estudo com idosos que avalia o consumo de medicamentos e considera os cuidados farmacêuticos como uma estratégia fundamental para o uso mais seguro e eficaz do medicamento nos idosos (Soares et al, 2006) e a avaliação da terapêutica potencialmente inapropriada no doente Geriátrico (Soares, 2009), foram estudos realizados especificamente com população idosa. “A adesão terapêutica em Portugal. Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas” (Cabral e Silva, 2009) é estudo realizado na população portuguesa que procura, como referem os autores, a compreensão do fenómeno de adesão, dando relevância às relações médico paciente na perspectiva da adesão terapêutica.

Do que ficou dito importa reter face à adesão (WHO, 2003):

- A baixa adesão à terapêutica é um problema mundial de grande amplitude.
- As consequências da má adesão repercutem-se em resultados desfavoráveis, nos indicadores de saúde individuais e no aumento das despesas em saúde.
- A adesão é um importante modificador da efectividade dos sistemas de saúde.
- Investir na adesão poderá ser o melhor investimento no controlo das doenças crónicas.
- Os sistemas de saúde devem evoluir para novos desafios para o controlo da adesão.
- Aumentar a adesão em termos individuais, aumenta a segurança do doente.
- Os doentes necessitam de ser ajudados e não de ser repreendidos.
- A adesão ao tratamento é um processo dinâmico, influenciado por vários factores simultaneamente, que requer um acompanhamento cuidadoso com intervenções específicas em termos individuais, em que a família, as

organizações de doentes e a comunidade em geral, têm um papel importantíssimo.

Conclui-se que na população idosa não há adesão total apresentando os estudos valores de média de adesão de 50%, dependendo da definição de adesão e dos métodos de avaliação. A adesão baixa é responsável por acidentes nos idosos nomeadamente: quedas, hipotensão postural, enfarte do miocárdio e AVC que conduzem ao aumento de hospitalizações, re-hospitalizações, internamentos em lares, diminuição da qualidade de vida e morte. Estas situações são reconhecidas como custos directos de não adesão.

Nos estudos, donde se extraíram os dados aqui apresentados, os métodos mais utilizados para avaliar a adesão são os auto-relatos e a contagem de comprimidos. Os factores de adesão encontrados são múltiplos e podem ser relacionados com o doente ou com a medicação. As intervenções para ajudar a gerir o regime terapêutico e a melhorar a adesão terapêutica devem resultar das acções múltiplas. Os estudos apresentam intervenções de médicos, farmacêuticos e enfermeiros e são utilizadas estratégias educacionais e comportamentais.

Implicações para a prática de enfermagem

Regimes simples, com menor número de medicamentos melhoram os níveis de adesão. Contudo não há evidência, até ao momento de que a adesão total seja atingida pelo que esforços de implementação de estratégias de intervenção em tratamento de longo prazo e nomeadamente nos idosos devam ser desenvolvidas. As intervenções têm que ser adequadas a cada pessoa de acordo os seus conhecimentos e expectativas e a sua autonomia em gerir os medicamentos, devem ser as mais simples possíveis, tendo em conta os factores de risco de não adesão ou preditores de não adesão identificados em cada idoso de forma a garantir o seu envolvimento no tratamento e adaptação à sua doença e que possam conduzir à gestão eficaz do seu regime medicamentoso, quando estes se encontram na sua casa. Destacamos intervenções promotoras de comportamentos de adesão como o aumento da comunicação e aconselhamento através do estabelecimento de uma relação duradoura entre o profissional de saúde e o idoso como centro dos cuidados, ensinando-o a utilizar as melhores estratégias, através de seguimento continuo e prolongado em consulta de enfermagem. Os profissionais de saúde podem definir estratégias articuladas para promover a adesão aos regimes medicamentosos prescritos. (McGraw e Drennan, 2001).

Os cuidados de enfermagem focam o estudo da resposta humana à doença e aos processos de vida (ICN, 2006). A gestão do regime medicamentoso constitui uma actividade da prática de enfermagem, inserida num processo alargado de cuidados e incluída em planos estratégicos de prevenção de saúde nas pessoas idosas (Banning, 2005; Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Rubenstein e Nabas 1998; CIPE, 2006).

Ajudar na gestão do regime medicamentoso, promover a adesão, informar e ensinar sobre medicamentos através duma consulta de enfermagem são tempos, forma ou modo de concretizar as intervenções que os enfermeiros ao reunirem num conjunto de competências específicas lhes permite prestar cuidados aos idosos por forma a monitorizar a medicação e os resultados de saúde (CIPE, 2006).

Adesão à medicação é um problema, fenómeno importante na prática de enfermagem. Explicar, educar e aconselhar o doente e família sobre o regime medicamentoso e monitorizar a adesão, são intervenções de enfermagem que podem ajudar o doente na auto-gestão dos medicamentos e uma forma de promover adesão ao regime medicamentoso (CIPE, 2009; Lehane&McCarthy, 2009).

A não adesão à terapêutica é uma resposta humana que tem um risco potencialmente negativo na saúde e que justifica intervenções específicas de enfermagem em idosos independentes na comunidade. O enfermeiro comunica e facilita o desenvolvimento de actividades com as pessoas que lhes permite ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. É importante perceber de que forma o idoso pode ser ajudado a gerir e a aderir à sua medicação, quando vive na sua casa, mesmo que com a ajuda dos seus familiares.

Gerir e aderir de forma eficaz e autónoma os medicamentos, previne progressivamente as doenças e a incapacidade e promove o bem-estar e a qualidade de vida. (Markle-Reid, 2006). Os conhecimentos sobre a doença e os medicamentos não são suficientes, o suporte social é fundamental e o acompanhamento e aconselhamento continuados são fundamentais (Bosworth et al, 2004; Jaarsma et al, 2000; GESICA, 2005; Huang et al, 2004; Kim e Oh, 2003).

O auto-cuidado é um tipo de acção realizada pelo próprio com determinadas características e para o qual deve estar preparado (CIPE, 2006) e que o enfermeiro deve estimular e promover.

Os enfermeiros, para cuidar, têm que compreender a complexidade da experiência da pessoa idosa que toma medicamentos e que vive em casa e o processo de gerir a sua medicação (Michaud, 1996; Schmetzer, 1999).

Perceber a natureza dos cuidados que presta e a teoria que os suporta conduz a uma adequação conceptual dos cuidados. Nesta perspectiva, o modelo de Orem, que condiciona a actuação dos enfermeiros às necessidades do indivíduo em auto-cuidado e a sua previsão e manutenção numa base de continuidade para a manutenção da vida e da saúde pode guiar os enfermeiros na ajuda ao idoso, no seu processo de cuidados, em casa (Orem, 1993; Pearson e Vaughan, 1992).

Os enfermeiros na equipa de saúde ocupam um lugar privilegiado e poderão ser o elo de ligação entre médico e farmacêutico (Banning, 2004), pois pela experiência de trabalho em equipas de saúde na comunidade têm uma visão integrada dos cuidados.

Ser enfermeiro implica que se situe em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde das pessoas tendo em vista a prevenção e a eliminação da doença e por outro lado situar-se em relação a tudo o que revitaliza alguém que já esteja doente (Collière, 1989). O idoso é o cliente receptor de cuidados de enfermagem que experiênciia transições relacionadas com a sua condição de idoso, com a sua doença crónica, as suas perdas. O enfermeiro estabelece com ele uma interacção, em que o ambiente, em que se desenvolve essa interacção é fundamental, ajudando a pessoa a adaptar-se, procurando desenvolver nela novas habilidades para manter e promover a saúde e o bem – estar (Meleis, 1991).

Os cuidados de enfermagem aos idosos inserem-se no desafio da educação para a cidadania, como questão da sociedade e como problemática das políticas de saúde (Costa, 2002).

Na pessoa idosa, a gestão da medicação é um processo, Figura 2, que considera a possibilidade de alterações na capacidade funcional do idoso (físicas, psicológicas, sociais) e de hábitos de vida, o aumento de risco se alterações na saúde e qualidade de

vida relacionados com a idade. A resposta fisiológica ao tratamento está condicionada pela concomitância de vários medicamentos em simultâneo, prescritos como medida terapêutica para multipatologias, com alterações nos parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos na pessoa, decorrentes da idade.

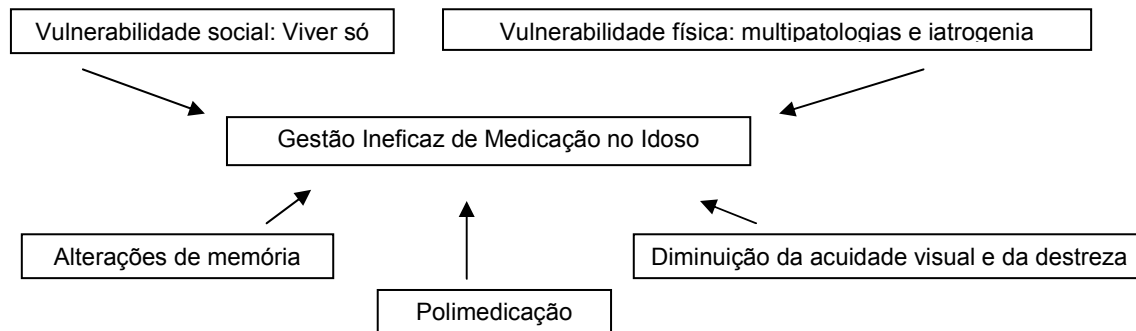


Figura 2. Gestão Ineficaz de medicamentos.

Fonte: Banning, 2007,p90

As pessoas idosas assumem cada vez mais a responsabilidade pelo seu o auto-cuidado sendo imperativo que os enfermeiros e os outros profissionais de saúde explorem todas as oportunidades para cuidarem deles e lhes proporcionem a aquisição das competências essenciais para promover esse auto-cuidado como garantia de independência e bem-estar.

A eficácia dos cuidados de enfermagem poderá ficar demonstrada através de intervenções e actividades de enfermagem que provoquem resultados nas pessoas sensíveis a esses cuidados.

O cuidar profissional de enfermagem é um processo que segundo Swanson, 1991,1993 se desenvolve de forma a que o enfermeiro mantém a crença na profissão e na ajuda à pessoa, conhece a pessoa e disponibiliza-se a estar com ela, fazendo por ela quando necessário, possibilitando informação, dando explicações e centrando na pessoa o apoio, por forma a proporcionar bem-estar e a qualidade de vida possível procurando assim dar resposta a situações complexas de saúde.

De acordo com os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados esperados, segundo Dochterman & Bulechek, 2008, na gestão ineficaz do regime

medicamentoso, são **as intervenções de aconselhamento** (uso de um processo interactivo de ajuda com enfoque nas necessidades, nos problemas ou nos sentimentos do doente e das pessoas significativas para aumentar ou apoiar as habilidades e encontrar soluções para problemas e relações interpessoais) com actividades como:

- 1- estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito;
- 2- demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade;
- 3-estabelecer a duração do aconselhamento;
- 4- fixar metas;
- 5-oferecer privacidade;
- 6- garantir confiança;
- 7- encorajar a expressão dos sentimentos, conforme necessário e adequado;
- 8- oferecer informação concreta;
- 9-solicitar à pessoa que identifique o que consegue/não consegue fazer.

Com as intervenção de controlo dos medicamentos (facilitar o uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos) com as actividades:

- 1- avaliar os medicamentos prescritos;
- 2- discutir as preocupações financeiras referentes ao regime medicamentoso;
- 3-determinar a capacidade do doente para a auto-administração;
- 4- monitorizar o efeito terapêutico do medicamento;
- 5- a capacidade para o doente avaliar o efeito desejado e os efeitos secundários;
- 6- monitorizar os medicamentos quando adequado;
- 7- determinar o conhecimento que a pessoa tem dos medicamentos;
- 8- monitorizar a adesão à medicação;
- 9 - determinar os factores que podem impedir a pessoa de tomar os medicamentos conforme prescrição;
- 10 -desenvolver estratégias com a pessoa para aumentar a adesão;
- 11- ensinar como administrar o medicamento quando necessário;
- 12 - ensinar a identificar efeitos secundários e adversos;
- 13- oferecer alternativas de horário de administração dos medicamentos que minimizem efeitos sobre o estilo de vida ou realizar os ajustar necessários no estilo de vida, associados a determinados medicamentos;
- 14- orientar o doente para a consulta médica.

e com as **intervenções de ensino sobre os medicamentos prescritos** com as actividades:

- 1-orientar a pessoa para reconhecer as características específicas dos medicamentos prescritos;
- 2- informar sobre os nomes genérico e comerciais do medicamento;
- 3-orientar a pessoa para o propósito de cada medicamento, sobre a dosagem, via de administração, duração da acção de cada medicamento;
- 4-orientar o doente para a realização de procedimentos adequados antes da toma de cada medicamento;
- 5- informar sobre o que fazer se esqueceu de uma toma;
- 6-informar sobre as consequências de não tomar ou interromper repentinamente os medicamentos;
- 7-orientar sobre possíveis efeitos secundários (o que deve fazer se ocorrerem) e sobre possíveis interacções com outros medicamentos e alimentos;
- 8- ajudar a pessoa a elaborar uma tabela de horários de medicamentos;
- 9 - reforçar informações dada por outros membros da equipa de saúde;
- 10- incluir a família na gestão dos medicamentos , quando adequado.

As intervenções e actividades que os enfermeiros adequarão a cada pessoa e família, dependem da perícia com que eles próprios desempenham a sua actividade profissional, para determinar em cada momento, o que é e não é adequado a cada pessoa individualmente, no seu contexto de vida e de saúde.

De acordo com o enquadramento que aqui apresentamos, a pessoa idosa com doenças crónicas necessita de gerir as suas doenças e o regime terapêutico, nomeadamente o medicamentoso, com intervenções multidisciplinares e concretamente com as dos enfermeiros, que as ajudam nesse processo de cuidar.

1. TEMA, FINALIDADE E QUESTÕES DE PARTIDA

Envelhecer com autonomia, independência e autodeterminação é um desafio do nosso próprio desenvolvimento. Ser velho requer da parte dos profissionais de saúde, cuidados suporte, tratamentos e fundamentalmente respeito e dignidade.

Poder vir a contribuir para ajudar o idoso, a manter-se autónomo, independente na sua casa, gerindo a sua vida e as doenças crónicas e o regime terapêutico, nomeadamente o medicamentoso de forma eficaz, como forma de aumentar a adesão aos medicamentos e a resultados positivos na sua saúde foi o que nos moveu para propor o estudo.

As expectativas no início do estudo faziam-nos pensar na possibilidade de poder contribuir para aumentar o bem-estar da pessoa idosa e guiar a prática de enfermagem na gestão da pessoa com doença crónica. Acreditámos que ao enumerar resultados positivos na saúde dos idosos, com as intervenções de enfermagem, poder-se-ia propor programas preventivos de saúde no idoso que contribuíssem para manter ou aumentar a autonomia e a qualidade de vida dos idosos que vivem na comunidade, no seu domicílio, reduzindo o recurso a serviços de cuidados institucionalizados, contribuindo assim para o envelhecimento activo da população portuguesa e para a redução dos custos com cuidados em saúde, como é prática em vários países do Mundo (Frich, 2003; Meyer & Sturdy, 2004; Nicolaides-Bouman et al, 2004; Nolan et al, 2004; van Meijel et al, 2004).

Pretendemos investigar, a eficácia das intervenções, com recurso à consulta de enfermagem, num Centro de Saúde, na optimização da gestão do regime medicamentoso do idoso que vive na sua casa. Esperamos que as intervenções de enfermagem sejam capazes de ajudar o idoso, com doenças crónicas e a tomar medicamentos, a adquirirem as necessárias competências para gerirem o seu regime medicamentoso, que tenham influência positiva na adesão aos medicamentos e na sua qualidade de vida e na redução do número de internamentos em hospitais ou lares de idosos, bem como impacto na mudança das práticas em saúde e em particular na enfermagem.

Será dado especial ênfase à capacidade funcional e instrumental do idoso, ao contexto social em que vive e à complexidade dos medicamentos prescritos para controlo das doenças crónicas.

Pretendemos ainda conhecer, os factores de adesão e as intervenções de ajuda utilizadas por um grupo de idosos.

Pelo que colocámos as seguintes questões de partida:

Estudo I

Qual é o grau de funcionalidade dos idosos que vivem nas suas casas?

Qual é o índice de complexidade medicamentoso dos idosos que vivem em casa?

Como é que os idosos gerem o seu regime medicamentoso em casa?

Qual é a sua qualidade de vida?

Estudo II

Será que os cuidados de enfermagem aos idosos que residem na comunidade, em casa, em meio urbano, através de intervenções na consulta de enfermagem, comparada com os cuidados de saúde de cada idoso, sem este recurso, resulta em aumento de adesão à medicação, de qualidade de vida e redução na admissão dos idosos em hospitais e em lares?

Estudo III

Qual é a interpretação das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso?

2. OBJECTIVOS

Estudo I

Identificar características sociodemográficas dos idosos

Efectuar avaliação multidimensional de carácter funcional, instrumental, mental e social dos idosos

Avaliar a qualidade de vida dos idosos

Avaliar a magnitude e a natureza do consumo de medicamentos dos idosos

Avaliar a complexidade do regime medicamentoso dos idosos

Avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa

Identificar factores de adesão

Estudo II

Avaliar se as intervenções dos enfermeiros (aconselhamento sobre os medicamentos, controlo dos medicamentos e ensino sobre os medicamentos), com recurso de uma relação interpessoal continuada no tempo, na consulta de enfermagem, em idosos, que vivem nas suas casas, na comunidade, aumentam a adesão ao regime medicamentoso e a qualidade de vida dos idosos e reduzem a admissão destes em hospitais e em lares.

Estudo III

Identificar e compreender num grupo de pessoas com 65 anos ou mais anos, quais as necessidades que têm na gestão da doença crónica, do regime medicamentoso e na adesão á medicação.

3. HIPÓTESES

Estudo I

Não admite a definição de hipóteses de investigação

Estudo II

H1 – As intervenções de enfermagem (aconselhamento sobre os medicamentos, controlo dos medicamentos e ensino sobre os medicamentos), com recurso a uma relação interpessoal continuada no tempo, na consulta de enfermagem, aumentam a adesão aos medicamentos e a qualidade de vida dos idosos que residem na comunidade, em casa, em meio urbano.

H2 – As intervenções de enfermagem (aconselhamento sobre os medicamentos, controlo dos medicamentos e ensino sobre os medicamentos), com recurso a uma relação interpessoal continuada no tempo, na consulta de enfermagem, diminui o internamento hospitalar e em lares de idosos, dos idosos que residem na comunidade, em casa, em meio urbano.

Estudo III

Não admite a definição de hipóteses de investigação.

Neste estudo através duma abordagem qualitativa, a par de uma abordagem quantitativa, pretende-se explorar e clarificar os dados quantitativos existentes (Strauss and Corbin, 1990; Mays and Pope, 1995, 2000; Lessard-Hébert et al, 2005; Tashakkori & Teddlie2002).

A abordagem qualitativa é fundamental para compreender a realidade e implica, neste estudo analisar as condições em que se dão os processos de gestão da doença e da medicação, nas pessoas idosas. A investigação no paradigma qualitativo assume uma aproximação do investigador à realidade a investigar “o contacto directo do investigador com a situação e o contexto socioprofissional em que operam e interagem os actores” (Costa, 2002), permite um conhecimento focal sobre o problema em estudo colocando

os participantes a dizer algo importante e relevante para cada um, em torno dos tópicos de discussão, sem se sentirem intimidados ao fazê-lo junto de outros participantes (Krueger, 2006). Este tipo de estudo contribui de forma específica para a análise de uma realidade e os conhecimentos produzidos têm como principal finalidade clarificar as práticas e suscitar questões orientadoras da prática (De la Cuesta, 2007).

Morse, 2002 descreve a metodologia de investigação como uma tradição que é interpretativa, que lida com o mundo social, com o mundo interpretativo, entendido, vivido e produzido por seres humanos. Grypdonck, 2006, refere a importância da investigação qualitativa, a par da investigação quantitativa, como modo de proporcionar de forma adequada e segura a aplicação dos resultados dos estudos controlados.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo I

Tipo de Estudo

Estudo observacional, transversal e descritivo.

População

Os idosos (pessoas com 65 ou mais anos), de ambos os sexos que residiam na comunidade, em casa, em meio urbano, inscritos num Centro de Saúde Lisboa. A freguesia de Lisboa onde decorreu o estudo tinha 17553 habitantes, dos quais 28,4% eram pessoas com 65 ou mais anos (INE - Censos 2001) e o Centro de Saúde em Dezembro de 2005, tinha 21066 inscritos, dos quais 5621 tinham 65 anos ou mais anos, o que correspondia a 26,7% do total de inscritos, dos quais aproximadamente 10% tinham 80 ou mais anos.

Amostra

Dimensão da amostra: considerando que a prevalência da adesão é de cerca de 50% e de acordo com a erro de amostragem de 0,05, a dimensão da amostra calculada foi de 384 idosos (Lwanga & Lemeshow, 1991;WHO,2001 a). **(ANEXO I)**

Os idosos foram seleccionados a partir da lista de utentes Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS), por amostragem aleatória simples e contactados pelo número de telefone disponível na ficha de utente.

CrITÉrios de Inclusão

Pessoas com 65 ou mais anos, de ambos os sexos, que residiam em casa, em meio urbano, que falavam português e possuísem contacto telefónico e que tivessem tido pelo menos uma consulta médica nos últimos 6 meses.

Crêterios de Exclusão

Foram excluídos os idosos que se encontravam em lista de espera, para lar de idosos ou que estavam a ser seguidos em cuidados paliativos e que apresentavam dificuldade auditiva não compensada ou com alterações cognitivas.

Recolha de Dados e Consentimento Informado

Os idosos foram contactados por telefone, pelo investigador, foi-lhes explicado os objectivos e as características do estudo, foram convidados a participar e a comparecer no Centro de Saúde para uma entrevista, quando se disponibilizaram a participar. Foi marcado o dia e a hora para a entrevista, no Centro de Saúde, no Centro de Dia, ou no edifício Junta de Freguesia, de acordo com as suas disponibilidades, onde se procedeu à obtenção do consentimento informado escrito (depois de dar toda a informação sobre o estudo e ter a certeza que o idoso compreendeu) (**ANEXO II**).

Sempre que se tentou contactar o idoso e este não atendia   terceira tentativa, ou o número estava errado ou não atribuído ou o idoso contactado tinha mudado de residência ou recusava participar no estudo, foi convidado o idoso seguinte.

Este projecto foi autorizado pelo Presidente da ARS Lisboa e Vale do Tejo (**ANEXO III**) e pela Direcção do Centro de Saúde onde decorreu.

Para a entrevista era solicitado aos idosos que trouxessem todos os medicamentos que estavam a tomar. A entrevista foi realizada, pelo investigador, por estudantes de enfermagem, do 4 o ano da licenciatura em Enfermagem e por enfermeiras recém-formadas, a quem foram realizadas sessões de formação para a aplicação dos instrumentos de medida. A recolha de dados decorreu de Maio de 2007 a Julho de 2008.

Todos os instrumentos foram preenchidos pelo entrevistador.

Caracterização dos Instrumentos de Medida

Os instrumentos de medida utilizados foram: questionário estruturado para registo de variáveis demográficas: idade, sexo e escolaridade e critérios de inclusão e exclusão (**ANEXO IV**); avaliação estado cognitivo; avaliação multidimensional – Método de Avaliação Bio-Psico-social (Botelho, 2008) (**ANEXO V**); avaliação da Qualidade de

Vida WHOQOL-BREF (versão portuguesa de Portugal, Canavarro, et al, 2007) (**ANEXO VI**); Índice de Complexidade Medicamentosa (ICM) - (Conn, Taylor & Kelley, 1991) (**ANEXO VII**); Conhecimento dos medicamentos; Auto-relato de doenças diagnosticadas; Auto-relato de adesão, Morisk et al, 1986 (**ANEXO- VIII**); razões de não adesão e ajudas para gerir os medicamentos.

Variáveis e Instrumentos de Medida

Estado Cognitivo - MMS (Mini Mental State), versão portuguesa (Guerreiro et al, 1993) do teste de Folstein (Folstein et al, 1975), sendo a pessoa classificada com ou sem défice cognitivo .

Idade – em anos, reportada a 31 de Dez do ano anterior a que se realizou o estudo. Foi pedida data de nascimento.

Sexo – feminino, masculino.

Escolaridade – foi pedido o número de anos de escolaridade completo e determinaram-se os níveis de instrução dos idosos com base nas categorias da International Standart Classification of Education (ISCED)⁴. Não foi utilizado o nível 4, por não encontrar correspondência no sistema educativo nacional (INE, 2002).

Avaliação multidimensional – Método de Avaliação Bio-Psico-Social – MAB (Botelho, 1999; Botelho, 2008) - Avaliação de situações físicas, funcionais, mentais sociais e de hábitos.

A avaliação é referente ao último mês. São avaliados dez domínios, cada um composto por uma ou duas variáveis: Estado de saúde (auto-relato); Estado Nutricional (peso e altura - IMC e cintura); Quedas; Locomoção; Autonomia Física (ADLs- Fillenbaum, 1996; Kane e Kane, 1993; Katz et al, 1963); Autonomia Instrumental (IADLs, Fillenbaum, 1996; Kane e Kane, 1993; Lawton e Brody, 1969); Queixas Emocionais; Estado Cognitivo (orientação tempo e espaço); Estado Social (isolamento Social,

⁴ O nível 0 corresponde à educação pré-escolar (a não frequência escolar também se enquadra neste nível); o nível 1 aos 1º e 2º ciclos do ensino básico; o nível 2 ao 3º ciclo do ensino básico; o nível 3 ao ensino secundário; o nível 4 não tem correspondência no sistema educativo nacional; o nível 5 engloba bacharelato, licenciatura, DESE, pós-licenciatura e mestrado; e o nível 6 ao grau de doutoramento. Na altura em que os idosos fizeram a sua escolaridade os anos de ensino não correspondiam à actual nomenclatura, pelo que foi feita a conversão dos anos de escolaridade declarados na classificação ISCED.

Habilitações Literárias e Profissão (correspondência para (CNP-94/ISCO-88); e Hábitos (actividade física e refeições).

A classificação dos domínios está estruturada em quatro níveis (0 – incapaz; 1- dependente; 2- autónomo; 3 - independente), integrados numa abordagem dicotómica 0 e 1 desfavorável/indesejável/dependente; 2 e 3- favorável/ desejável/auto-suficiente em que a sequência dos dígitos, traça um perfil.

O peso e altura no Centro de Saúde foram avaliados em balança digital, com IMC, SECA e com balança e estadiómetro portátil SECA, nos outros locais, com a pessoa vestida e descalça.

Avaliação da Qualidade de Vida – World Health Organization Quality of Life WHOQOL-BREF (versão portuguesa de Portugal) – Este instrumento de avaliação destina-se a avaliar a qualidade de vida, tal como foi definida pela OMS. Isto é a *“percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas e preocupações”* (WHOQOL Group, 1994, p.28).

O WHOQOL-BREF é composto por 24 facetas organizadas em quatro domínios; físico (dor e desconforto; energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, actividades de vida diária, dependência de medicação e tratamentos, capacidade de trabalho), psicológico (sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade /religião/crenças pessoais), relações sociais (relações pessoais, apoio social, actividade sexual) e ambiente (segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação e /ou oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima), transporte. Inclui ainda duas questões FG (Q1e Q2) uma para a avaliação global da qualidade de vida (Q1) e outra para a percepção geral da saúde (Q2). As perguntas estão formuladas para quatro escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos.

Pode ser aplicado através de auto preenchimento ou entrevista. O instrumento foi validado para a população portuguesa (Canavarro et al, 2007). A consistência interna da

escala original é de 0,79 (alpha de Cronbach). O valor da consistência interna da escala (alpha de Cronbach e alpha de Cronbach estratificado) nesta amostra é de 0,89, o valor da sub-escala domínio Físico é 0,82, no domínio psicológico é de 0,77, o domínio relações sociais é de 0,70 e no domínio ambiental 0,74. Relativamente ao domínio de Qualidade de Vida Social, porque dos 341 idosos inquiridos, 115 (37,5%) não responderam à questão relacionada com a sua vida sexual, esta foi eliminada e o domínio ficou reduzido a duas facetas.

Índice de Complexidade Medicamentosa (ICM) – A complexidade do regime medicamentoso foi avaliado com o *Medication Complexity Index* (Conn, Taylor & Kelley, 1991). Este índice avalia o número e a frequência das tomas e o tipo de acção requerida para gerir o regime medicamentoso, organizado em três secções: A -número dos medicamentos do regime e frequência das tomas; B – acções mecânicas necessárias para administrar a medicação; C – instruções adicionais exigidas para a toma. A pontuação final do ICM é a soma das pontuações das várias secções (A, B, C) referentes a um período de 24h.

Para registo do índice foi pedido ao idoso para mostrar e descrever todos os medicamentos que tomava e como os tomava.

As substâncias activas foram classificadas de acordo com o *WHO Collaborative Centre for Drug Statistics Methodology* (Classificação ATC) nos seus primeiros três níveis e os medicamentos classificados pela classificação farmacoterapêutica do Mapa Terapêutico, 2008 e edição *online* (www.mapaterapeutico.pt) .

Conhecimento dos medicamentos – para cada medicamento, o idoso foi questionado sobre se sabe para que toma o medicamento, a apresentação farmacêutica, dose, número de tomas, momento da toma, se toma de acordo com a prescrição, se considera que faz efeito, há quanto tempo toma, até quando vai tomar, dificuldades em tomar e identificação de reacções adversas. Foi considerado com conhecimento sobre o medicamento se respondeu afirmativamente a todas as questões.

Auto-relato de doenças diagnosticadas - foi pedido ao idoso para identificar as patologias que lhe tinham sido diagnosticadas pelo médico: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, hipercolesterolemia, doença cardiovascular (sem ser hipertensão),

doença cerebrovascular, doença respiratória, doenças osteomusculares e tecido conjuntivo, neoplasias, depressão ou outras.

Auto-relato de adesão – A adesão à medicação foi avaliada através duma versão adaptada do instrumento medida de quatro itens para avaliar a adesão aos medicamentos (Morisky et al 1986) com uma questão de (Ramalhinho e Cabrita, 1998):

- Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?
- Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?
- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se ter sentido melhor?
- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?
- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, para a sua doença por sua iniciativa por ter deixado acabar os medicamentos (Ramalhinho e Cabrita, 1998).

Através duma escala de tipo Likert de cinco pontos, em que a maior pontuação representa não adesão. Para permitir a comparação com outros estudos, a escala foi recodificada, para que **os valores mais elevados significassem maior nível de adesão**. Duma forma agregada, o nível de adesão obtêm-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Os idosos foram considerados como totalmente aderentes se obtiveram um nível 5. A consistência interna do índice original é de 0,61 (Morisky et al 1986). Consistência interna do instrumento utilizado nesta amostra 0,60.

Razões de não adesão e ajudas para gerir os medicamentos – foi pedido ao idoso que identificasse numa lista fornecida as razões de não adesão razões e ajudas necessárias.

Estudo II

Tipo de Estudo

O estudo é do tipo experimental, em que a exposição considerada foi a participação do idoso polimedicado num plano individualizado de intervenção de cuidados de enfermagem. É um estudo comparativo e paralelo de dois grupos distintos (Fortin, 1999; Haynes et al, 2006 a ;WHO, 2001 a), o grupo de intervenção ou experimental e o grupo de controlo, Figura 3.

Os participantes e o enfermeiro da consulta não sabiam qual o grupo a que os idosos pertenciam.

A coorte de idosos foi avaliada em dois momentos: inicial (Estudo I) e aos seis meses (final). Durante o tempo que durou o estudo os idosos do grupo experimental foram sujeitos a um plano de intervenção de cuidados de enfermagem.

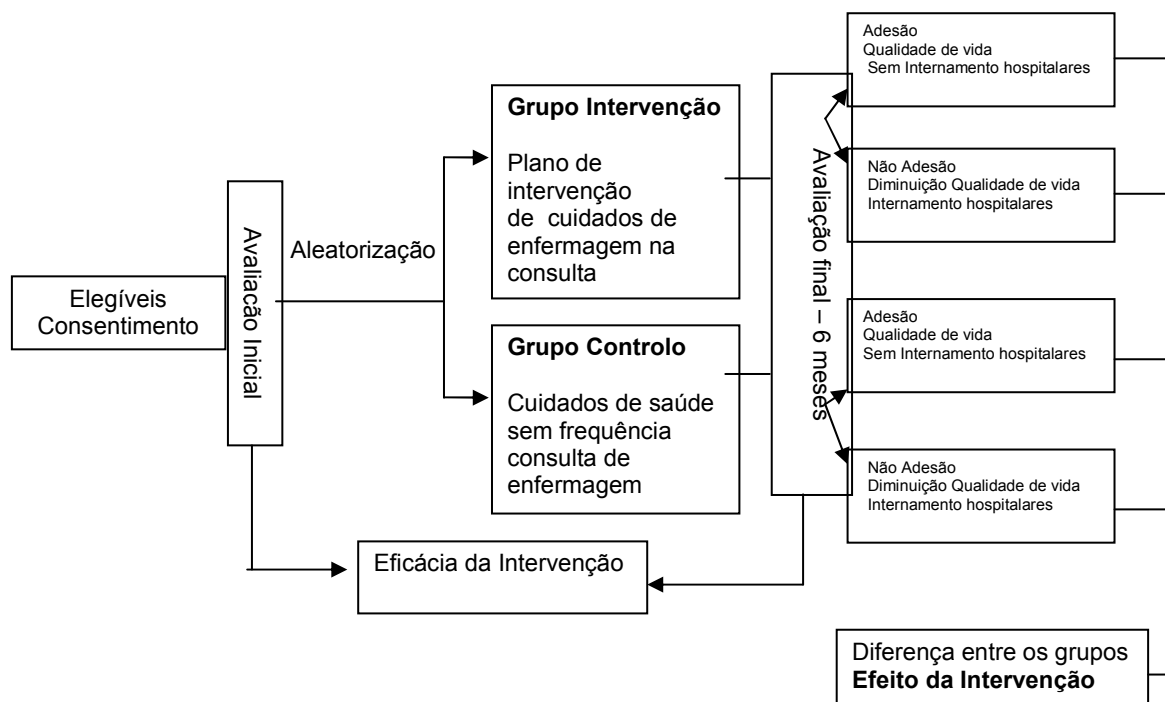


Figura 3. Desenho do Estudo Experimental.

Fonte: Adaptado Haynes et al, 2006- Clinical Epidemiology

Amostra

Os idosos que participaram no Estudo I, sabiam que haveria a possibilidade de virem a constituir uma amostra para o Estudo II. Dos 224 idosos polimedicados do Estudo I, constituiu-se uma amostra de 100 idosos por aleatorização simples (computador - gerador de números aleatórios) em grupo de controlo e de intervenção (1:1). Quando foram contactados para saber se continuavam disponíveis para participar, do grupo controlo, 1 tinha falecido e 7 recusaram participar. Do grupo de intervenção 4 recusaram participar no estudo II, tendo sido considerados perdidos na admissão depois de aleatorizados e considerados não haver dados iniciais, pois neste momento expressaram não querer continuar a participar no estudo. Constituiu-se a *coorte* final com 88 idosos (46 grupo experimental e 42 grupo controlo); A estimativa do tamanho da amostra foi feita com base em 50% de adesão no grupo controlo (p1) (WHO, 2003) com ganho de 20%, no grupo de intervenção (p2) (Haynes et al, 2006; TEC, 2003) com $\alpha=0,05$ e $\beta=0,2$ (potência de 80%), pelo que a amostra foi de 45 casos em cada grupo. (Lwanga & Lemeshow, 1991; WHO, 2001 a; Haynes et al, 2006a) (ANEXO I).

Crítérios de Inclusão

Os mesmos que o Estudo I, para idosos polimedicados.

Crítérios de Exclusão

Os mesmos que Estudo I

Recolha de Dados e Consentimento Informado

Os participantes foram contactados pelo investigador, relembrando o estudo em que tinham participado e o consentimento informado (obtido no Estudo I), onde já estava descrita a possibilidade de poderem vir a participar noutras fases do estudo (ANEXO II). A colheita de dados do Estudo I constituiu a avaliação inicial (aplicação do questionário e instrumentos de medida) (ANEXO IV). Os participantes do grupo experimental foram inscritos na consulta e considerados para o estudo de Outubro de 2008 a Julho de 2009, de acordo com as possibilidades de vagas na consulta e ao grupo de controlo foi feita a avaliação final entre Março e Julho de 2009. Após avaliação final, realizada aos idosos do grupo de controlo e quando a enfermeira considerou pertinente face à aparente gestão ineficaz do regime medicamentoso, estes foram convidados a inscreverem-se na consulta de enfermagem. Os participantes não tiveram contrapartidas

financeiras nem outras de qualquer tipo. Cada idoso tem um processo individual, no Centro de Saúde, na consulta de enfermagem. Os idosos do grupo experimental tiveram uma relação interpessoal de interacção continuada como enfermeiro.

Descrição da Intervenção

A intervenção consistiu num plano de intervenções de cuidados individualizados de enfermagem, numa consulta de enfermagem, com a periodicidade mensal, realizada pela enfermeira do Centro de Saúde.

A partir do conhecimento do idoso, obtido no estudo I, foi possível determinar os diagnósticos de enfermagem, relacionados com os conhecimentos, e a gestão do regime terapêutico e as intervenções adequadas a cada idoso. Avaliaram-se as necessidades de auto-cuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde relacionadas com a gestão dos medicamentos que permitiram planear e implementar um conjunto de intervenções de enfermagem (aconselhamento, controlo e ensino sobre os medicamentos), com o objectivo de suprimir défices de auto-cuidado na gestão do regime terapêutico (Orem, 1993). A enfermeira responsável pela consulta, é do sexo feminino, tem 62 anos, 23 anos de serviço como enfermeira, dos quais 16 anos, no Centro onde se realizou o estudo. Conhece bem a comunidade onde presta cuidados, é uma enfermeira perita, ou seja, tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação... age a partir de um conhecimento profundo da situação global e responde ao que “sentia que era certo” segundo os critérios de Benner, 2001, como uma boa enfermeira, em cada momento da sua actuação, perante cada pessoa de modo individualizado, com o objectivo de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana (Watson, 2002).

A consulta de enfermagem foi criada em Novembro de 2007 e integrada no Projecto de Controlo de Doenças Cardiovasculares e de Diabetes, do Centro de Saúde, tendo por base um trabalho desenvolvido no Ensino Clínico, pelos estudantes do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem. Em Junho de 2009, o projecto da Consulta de Enfermagem, foi seleccionado, após candidatura, para ser apresentado no Fórum Nacional de Boas Práticas em Enfermagem, organizado pela Direcção Geral de Saúde (DGS) e em Junho de 2010, fomos convidados a apresentar o evoluir da consulta, no encontro do Dia Internacional do Enfermeiro (Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: “os Enfermeiros na Liderança do Cuidados à Pessoa com Doença Crónica”, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros (**ANEXO – IX**). Pelo que

podemos observar ao longo do tempo (2007-2009) em que fomos conhecendo as actividades desenvolvidas pelo Centro de Saúde e a actividade da enfermeira responsável pela consulta, aquando da orientação de estudantes e no acompanhamento do protocolo, esta parece cuidar segundo a estrutura de Swanson (1991, 1993) mantendo a crença na profissão, conhecendo as pessoas, estando com elas, fazendo por elas quando é necessário, possibilitando ou capacitando a pessoa no sentido do bem-estar de quem cuida.

A enfermeira realizou a consulta com os seguintes objectivos:

- Detectar problemas ou riscos com a medicação, enunciando os diagnósticos de enfermagem: capacidade para gerir o regime terapêutico/medicamentoso; potenciar auto-cuidado para melhorar a capacidade para gerir o regime terapêutico.
- Determinar Intervenções de Enfermagem (aconselhamento, controlo e ensino sobre os medicamentos) e as acções de apreciar a disponibilidade para aprender; promover adesão à medicação, ensinar sobre o medicamento e encaminhar para o médico, sempre que se verificou situação não controlada e que a enfermeira considerou não conseguir resolver; facilitar e promover o auto-cuidado da medicação; ensinar e incentivar mudanças no estilo de vida ou manutenção de práticas saudáveis, no sentido de controlar doenças crónicas.

A enfermeira ao educar o idoso seguiu uma lógica de colaboração, em que a pessoa tem uma participação activa no seu processo de aprendizagem e na determinação dos objectivos a atingir. Definiu um plano de intervenção individual, de acordo com as necessidades individuais, capacidade de aprendizagem, tendo presente as motivações, as crenças e os valores da pessoa e o ambiente em que vive. A enfermeira teve em conta um conjunto mínimo de intervenções de acordo com os protocolos e normas orientadoras para a doença ou doenças prevalentes em cada pessoa idosa, segundo os planos nacionais de prevenção e controlo das doenças crónicas e dos cuidados ao idoso, da Direcção Geral de Saúde.

A equipa foi constituída pela enfermeira e médicos do Centro de Saúde, pelos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, que no decurso do seu ensino clínico participavam na consulta, colaborando na avaliação do idoso e pelo investigador/coordenador do estudo. Os médicos colaboraram, sempre que a enfermeira

os contactou por considerar ser necessária a sua intervenção na adequação terapêutica da pessoa idosa.

O investigador atribuiu e coordenou as actividades entre os elementos da equipa. Fez a selecção da amostra, contactou os idosos e colaborou na marcação das consultas de enfermagem, preparou a enfermeira para a aplicação do protocolo de investigação e orientou e fez a supervisão das consultas de enfermagem. Centralizou a informação dos participantes no estudo. Solicitou todas as autorizações indispensáveis à realização do estudo.

Medidas de resultado

Avaliação da adesão - Auto-relato – Estudo I

Avaliação da Qualidade de Vida – igual ao descrito no Estudo I

Morbilidade

Número de internamentos em hospital, idas à urgência e internamentos em lares. Foi pedido aos participantes que indicassem, se no último ano tinham ido à urgência ou estado internados nalgum hospital ou lar.

Avaliação de Parâmetros analíticos e antropométricos

Glicemia capilar (20-600mg/dl), Colesterol (150-300mg/dl) e Triglicéridos (80-600mg/dl) – Medidor “*Accutrend GCT*” - Laboratório Roche, com tiras teste descartáveis. A partir de uma amostra de sangue capilar colocada na tira de teste são determinados os valores. Determinou-se a glicemia ocasional, aproximadamente 2h após uma refeição. Considerou-se como ponto “corte” 140mg/dl, valores iguais ou superiores são considerados hiperglicémia. Para colesterol total o ponto “corte” 200mg/dl, valores iguais ou superiores são considerados com colesterol elevado e para os triglicéridos o ponto “corte” 150 mg/dl (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes e Doenças Cardiovasculares).

Pressão arterial – Foram realizadas três avaliações e considerada a média das avaliações (The JNC7 Report, 2003). Considerou-se valores não controlados, quando a pressão arterial sistólica era igual ou superior a 140mm Hg ou pressão arterial diastólica igual ou superior a 90mmHg. Se diabético 130mmHg ou 80mmHg.

IMC - Kg/m² - mesmo que Estudo I

Foram tomados como valores de referência os recomendados nos Programas Nacionais de Controlo de Diabetes e Doenças Cardiovasculares da Direcção Geral de Saúde. Estes parâmetros foram avaliados aos idosos do grupo experimental, na primeira e última consulta. Aos idosos do grupo controlo foram avaliados na consulta de avaliação final, pelo que não foram considerados como medidas de resultado para a comparação entre os grupos. Os medidores são pertença do Centro de Saúde e não foram adquiridos para o estudo. O Laboratório Roche forneceu as tiras para o medidor *Accutrend GCT*, para a avaliação final aos participantes do grupo de controlo.

Estudo III

Grupos de focagem

Utilizámos o grupo focal, “grupos de focagem” ou “*focus group*”, como técnica de pesquisa qualitativa (Kingry et al 1990; Larson et al, 2004). Os grupos focais utilizam a interacção grupal para produzir dados e conseguir perspectivas que seriam menos acessíveis sem essa interacção (Grudens-Schuck et al, 2004; Kruegar, 2006). O método de grupo focal foi escolhido em processos, em que o grupo pode ajudar as pessoas a explorar e clarificar a sua posição, que de outra forma, em entrevista individual, seriam menos acessíveis, mas permitindo explorar o grau de consenso sobre um determinado tema (Morgan e Kruger, 1993). Kitzinger, 1995, Flick, 2005, Freeman, 2006, Ivanoff e Hulterberg, 2006, corroboram a ideia de que o grupo focal pode ser utilizado para analisar não só o que as pessoas pensam, mas como eles pensam e porque pensam daquela maneira. Organizam-se grupos de discussão a partir de questões que o investigador fornece, assumindo este o papel de moderador da discussão dando ênfase à interacção no seio do grupo (Kitzinger, 1995; Kruegar, 2006). Esta técnica permite a abordagem de determinados temas com mais profundidade, revelando certas características de um grupo e dos indivíduos que o compõem e permite discutir com mais profundidade informações quantitativas.

Para a selecção dos informantes, não foi utilizada qualquer estratégia de selecção da amostra, o que importa nesta metodologia é ouvir as pessoas falarem acerca das suas experiências, neste caso da sua “experiência em gerir o seu regime medicamentoso”, tendo em conta que o desenho segmentado dos grupos seguiu como critério geral o equilíbrio entre a homogeneidade e a heterogeneidade (Carla Galego; Alberto A. Gomes, 2005; Krueger, 2006), constituíram-se grupos de conveniência em que a segmentação da amostra está relacionada com as características dos participantes em torno do que está em estudo. Procurou-se a homogeneidade em torno algumas variáveis e não em torno de atitudes ou perspectivas face a um determinado contexto de discussão, pois se todos os participantes partilhassem perspectivas similares (que à partida não conhecemos) em torno de um determinado tópico de discussão gerava-se uma discussão vazia ou improdutiva (Morgan, 1997). Foram seleccionados os que teoricamente poderiam proporcionar mais e melhor informação. Os idosos foram convidados a participar, pela investigadora, através de telefone. Todos os participantes já tinham tido contacto com a investigadora, pelo menos uma vez, na entrevista para o primeiro estudo ou por estarem inscritos na consulta de enfermagem, do centro de saúde. Na véspera da realização da sessão foi feita a confirmação por telefone. Implementámos 2 grupos focais com 18 pessoas de ambos os sexos, considerando a homogeneidade nas pessoas com 65 ou mais anos de idade, reformados, utentes do centro de saúde, com prescrição de pelo menos quatro medicamentos. A segmentação foi feita segundo estavam ou não inscritos na consulta de enfermagem. Não inscritos na consulta (FG1) e inscritos na consulta (FG2), de forma a garantir uma certa homogeneidade interna em torno do que se está a estudar (Krueger, 2006).

Os dezoito participantes, 9 idosos não inscritos na consulta de enfermagem e 9 idosos inscritos na consulta de enfermagem. 7 dos participantes eram do sexo masculino e 11 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e 87 anos e com média de 74 anos. 7 Idosos viviam sozinhos e eram solteiros, separados ou viúvos; 10 idosos eram casados; 4 participantes tinham 4 medicamentos prescritos e 14 idosos tinham entre 5 e 10 medicamentos prescritos. 16 dos participantes, tinham 4 anos de escolaridade, 1 tinha 6 anos de escolaridade, 1 tinha 9 anos de escolaridade e 1 formação universitária. Esta selecção permitiu assegurar que os participantes de cada grupo não se sentiriam intimidados ao partilharem as suas ideias junto dos outros participantes.

Os incentivos à participação consistiram em proporcionar aos idosos a integração num estudo para desenvolver o conhecimento na gestão dos medicamentos neste grupo etário

e a possibilidade de partilharem as suas preocupações relacionadas com a doença e a gestão da medicação. As sessões foram realizadas no Centro de Saúde, em sala de reuniões. Cada sessão demorou entre uma hora e meia a duas horas, (Kitzinger, 1995; Kruegar, 2006) decorreu a meio da tarde e a discussão desenvolveu-se a partir de questões obedecendo a um guião previamente definido (**ANEXO X** – Guião *focus group*), mas permitindo uma ampla discussão, em torno do tema em análise. As questões, que pretendem responder aos objectivos do estudo, emergiram do enquadramento teórico considerando a adesão e gestão de medicamentos pelas pessoas com 65 ou mais anos, como o tema orientador. A sala foi preparada em círculo para permitir que todos se viam uns aos outros, de modo a facilitar a interacção e gravação dos conteúdos verbais e não verbais. Foi preparada uma placa, para cada idoso, com o nome por que gosta de ser chamado associando o nome a uma letra. No início da sessão foram oferecidos uma bebida e rebuçados sem açúcar, permitindo às pessoas que vão chegando estabelecer um contacto informal. No início de cada *focus group* foi feita uma introdução para relembrar: os objectivos do estudo; a garantia da confidencialidade; para pedir a subscrição do consentimento informado, escrito para a participação e autorização de registo em vídeo e áudio da sessão, para posterior transcrição e análise de conteúdo, após ter sido pedida leitura atenta do consentimento (**ANEXO XI**) e explicada a metodologia.

Os dados são as palavras utilizadas na conversação, através de comunicação oral, tom de voz, silêncios e linguagem não verbal. Cada *focus group* foi registado em áudio e em vídeo, este último suporte, para tornar mais fácil a análise a partir das transcrições. O moderador conduziu a discussão sem tomar parte nela, foi flexível mas não se afastou do foco do estudo, no sentido de garantir a especificidade e não permitindo que os participantes caíssem em generalidades, conduzindo-os a concretizar o seu discurso com o relato de experiências e factos concretos (Kingry et al 1990). Foram lançadas as questões à medida que considerava correcta a gestão da discussão e do tempo decorrido, lançando questões directas a um ou outro participante concreto, ou reformulando ideias apresentadas na discussão, para relançar a profundidade da discussão. Tentou criar-se um ambiente informal e agradável que permitiu a troca de ideias, incentivando todos a participar (Krueger, 2006). O moderador foi ajudado por um relator que registou notas breves de expressões pertinentes e outro que fazia a gravação vídeo. Os relatores foram alunos de 4º ano do Curso de Enfermagem que foram treinados pelo investigador.

No final foi pedido aos participantes que preenchessem um questionário de identificação de características sociodemográficas, apenas com sentido de caracterizar o grupo. Foi perguntado aos idosos se queriam uma cópia do que foi gravado e agradecida a participação. Foram ainda informados de que se quisessem dar mais alguma informação ao moderador, quando reflectissem sobre o que se passou, poderiam fazê-lo para o telefone que tinham na sua posse. No final foi oferecido a cada participante uma caixa dispensadora de medicamentos com organização semanal.

Análise de Resultados e de Achados

Estudo I e II - Análise de resultados

A análise estatística foi realizada com SPSS version 17 e EPIinfo version 6.

Realizou-se uma análise univariada e bivariada com um nível de significância de 5% e determinação de intervalos de confiança a 95%. Foram utilizadas estatísticas descritivas, o teste de χ^2 ou teste exacto de *Fischer* para as variáveis nominais, o teste t-Student, ANOVA e correlação de *Pearson* para variáveis contínuas, com distribuição normal e homogénea (foi avaliada a normalidade da distribuição -teste de *Kolmogorov-Smirnov* e a homogeneidade de variâncias – teste de *Levene* antes da aplicação de testes paramétricos). Utilizou-se teste de *U-Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* e correlação de *Spearman*, em alternativa aos testes paramétricos se não se verificou normalidade e homogeneidade da distribuição. Utilizou-se *McNemar* e teste t-Student ou *Wilcoxon* para amostras emparelhadas. Fez-se regressão linear multivariada com análise de resíduos e verificação de pressupostos de aplicabilidade e regressão logística.

No estudo experimental para a análise de eficácia, foram analisados todos os que iniciaram e completaram o estudo (Haynes et al, 2006; Oliveira, 2009).

Estudo III - Análise de Achados

Foi utilizado o modelo interactivo, conforme descrito por Miles e Huberman, 1994,p 12, em que a partir dos achados recolhidos, a análise consiste em três fluxos de actividades em simultâneo: redução de dados, visualização de dados e desenho conclusão/verificação. Foi utilizado software NVIVO 7 para fazer esta análise.

5. ETICA

De acordo com os princípios estabelecidos (CIOMS, 2002;WHO 2002 a) para os três estudos foi garantida a livre escolha na participação do estudo e a confidencialidade. A participação no estudo não fez os idosos correrem risco acrescido, os ganhos foram pelo menos, nos conhecimentos de factores de adesão que tivessem adquirido e que eventualmente utilizem para melhor gerirem o seu regime medicamentoso e tiveram a liberdade de abandonar os estudos quando entenderam.

O Projecto foi aprovado pelo Conselho de Administração da ARS Lisboa e Vale do Tejo (Anexo III).

Foi solicitada autorização aos autores das escalas originais para a sua utilização, via endereço electrónico, tendo sido concedidas (Anexo V, VI e VII e VIII).

Os questionários foram codificados com um número, com identificação do inquiridor e os idosos têm processo individualizado, na consulta de enfermagem.

Não houve conflito de interesses do investigador.

6. RESULTADOS

Neste capítulo vamos apresentar os resultados do Estudo I e Estudo II, seguindo-se-lhe a discussão destes estudos, dada a tipologia metodológica de ambos.

ESTUDO I

Foram convidados a participar no estudo, 464 idosos, 382 disponibilizaram-se a participar e destes, 41 não foram incluídos no estudo, por défice cognitivo ou surdez não compensada.

Taxa de participação 83%. Taxa de exclusão 11%.

Dos 341 inquiridos, nenhum idoso tem défice cognitivo, segundo MMS apresentando uma média de 27 (DP = 2,6; Min =16 e Max=31).

As entrevistas demoraram em média 50 minutos (DP=20,5;Min =15' e Max =120').

Idade e Sexo

A amostra em estudo é de 341 pessoas com 65 ou mais anos. Têm uma média e mediana de idade de 76 anos (DP= 6,1), máximo de 96 anos (os três *outliers* ≥ 96 , não produzem alterações significativas nos resultados), 25 (7%) têm 85 e mais anos, 247 (72,4%) são mulheres e 94 (27,6%) são homens, Tabela 3, Figura 4, Figura 5.

Tabela 3				
Distribuição da Amostra por sexo e classe de idades				
		Classe de idades n (%)		
		65 a 84 anos	>=85anos	
Sexo n (%)				
	Feminino	232(68,1)	15(4,4)	247(72,4)
	Masculino	84(24,6)	10(2,9)	94(27,6)
	Total	316(92,7)	25(7,3)	341(100)

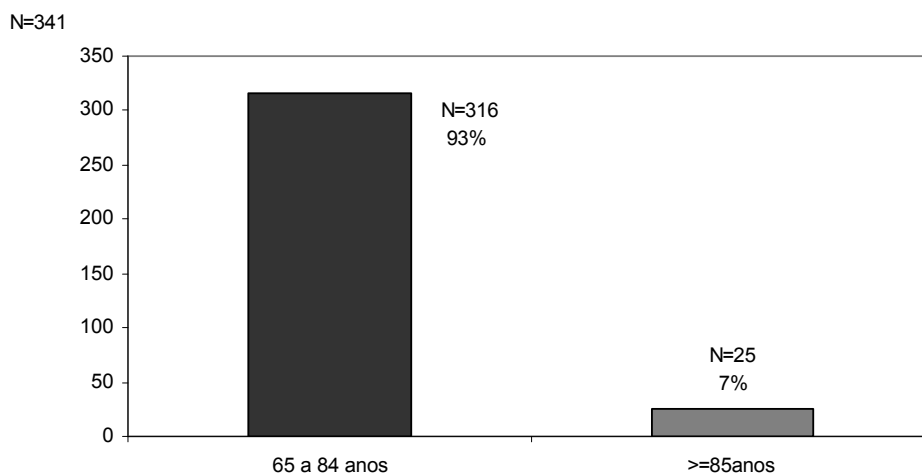


Figura 4. Distribuição dos idosos por classe de idades.

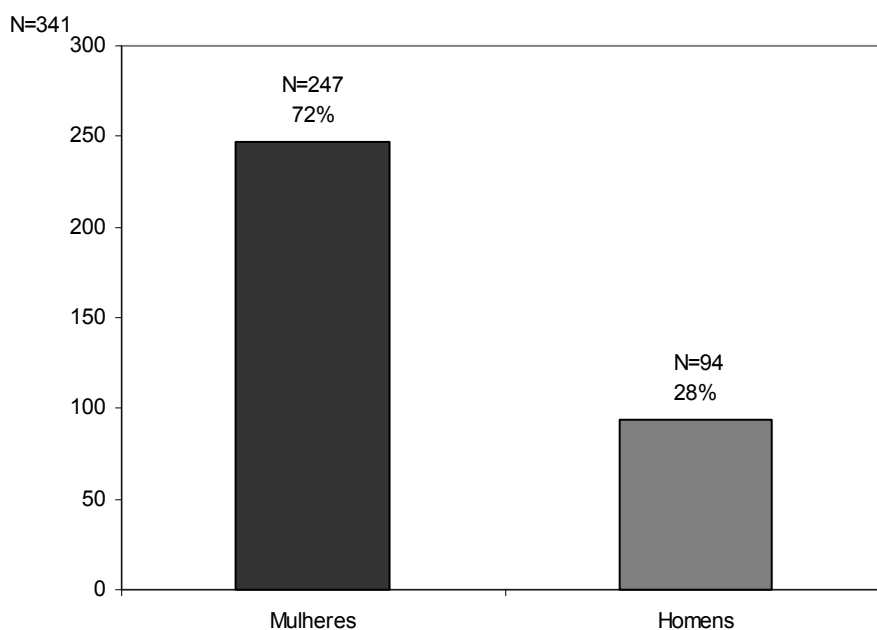


Figura 5. Distribuição dos idosos por sexo.

Escolaridade

Foi perguntado aos idosos o número de anos de escolaridade concluídos e agruparam-se em níveis de instrução com base nas categorias ISCED.

Dos idosos inquiridos 43 (12,6%) não tem qualquer nível de instrução, nível 0 do ISCED, 207 (60,7%) têm nível 1. Os níveis 2 a 6 somam 90 pessoas (26,5%), sendo que apenas 2 (0,6%) detêm o nível 6 (grau de doutoramento), Figura 6.

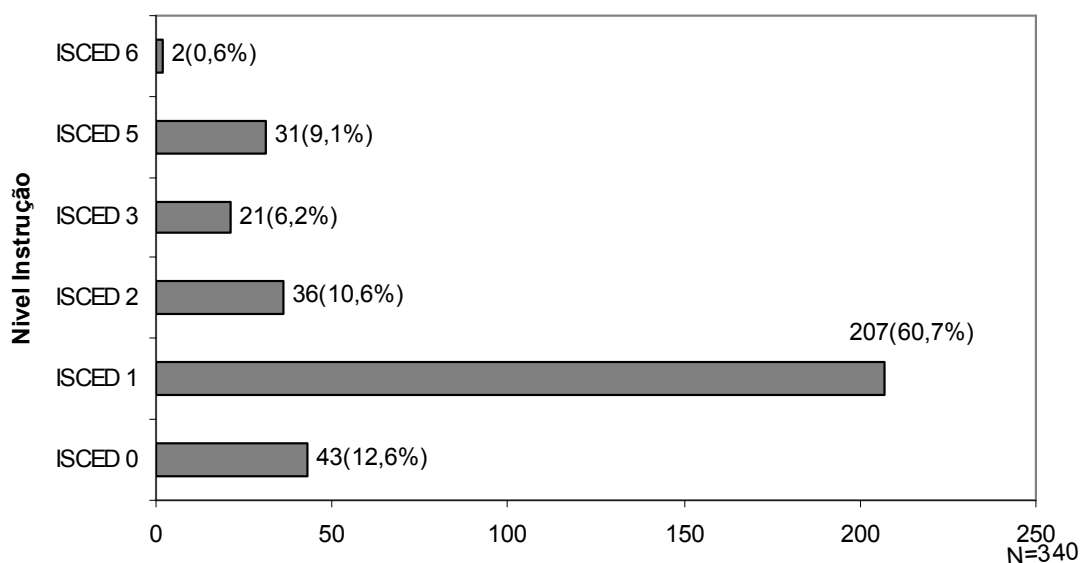


Figura 6. Distribuição dos idosos por habilitações literárias.

Quanto ao estado civil, as mulheres são maioritariamente viúvas/separadas/solteiras 152 (61,5%) com diferença significativa em relação aos homens ($X^2 = 25,00$; $p < 0,001$), Figura 7.

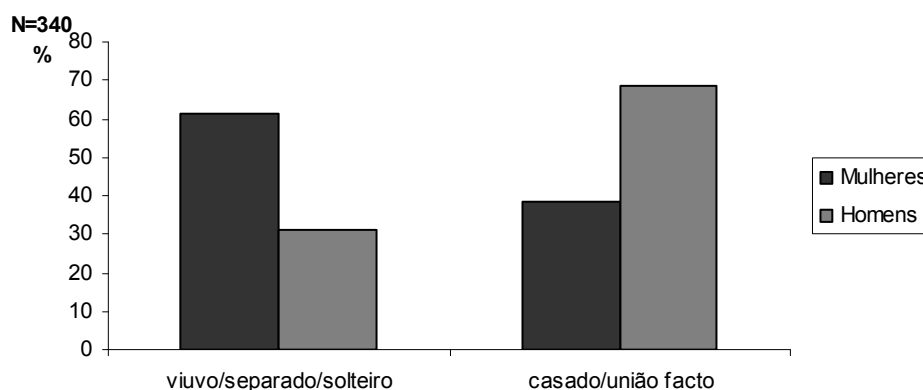


Figura 7. Distribuição dos idosos, segundo o sexo e estado civil.

Avaliação multidimensional – Método de Avaliação Bio-Psico-Social – MAB

Na **auto-avaliação do estado de saúde** 207 (61,1%) idosos avaliou a sua saúde como insatisfatória e 82 (24,2%) declaram ter um mau estado de saúde, Figura 8. Não se verificaram diferenças entre sexos e grupo etários.

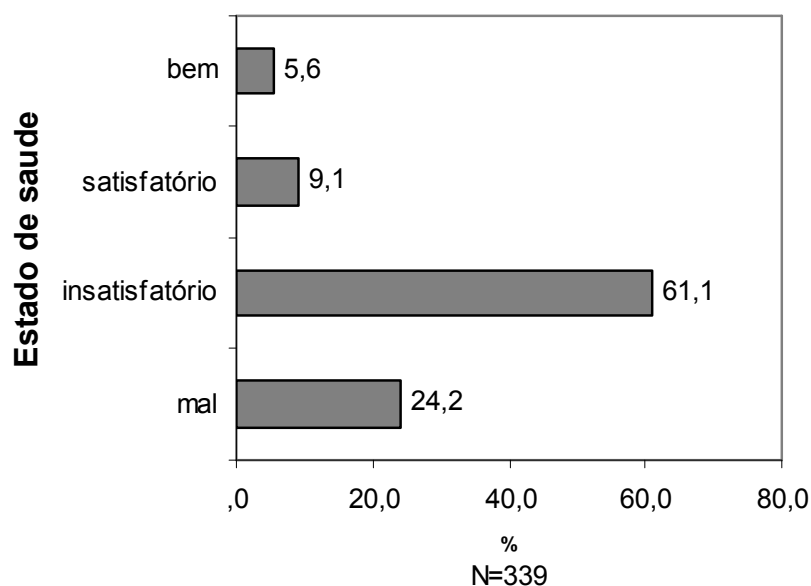


Figura 8. Distribuição dos idosos por avaliação do estado saúde.

As pessoas inquiridas apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) que varia entre 14 e 44 com uma média e mediana de 27 ($DP = 4,59$). Sendo que com base no IMC, e de acordo com a classificação da OMS, a prevalência de obesidade ($IMC \geq 30$) nesta amostra é de 75 (22,3%) e de excesso de peso ($IMC > 25-29,9$) é 144 (42,9%) Figura 9. Nas mulheres 28 (23,5%) e nos homens 17 (18,5%) são obesos, com diferença significativa ($\chi^2 = 8,91; p=0,031$) não se verificando diferenças entre nas pessoas com mais idade.

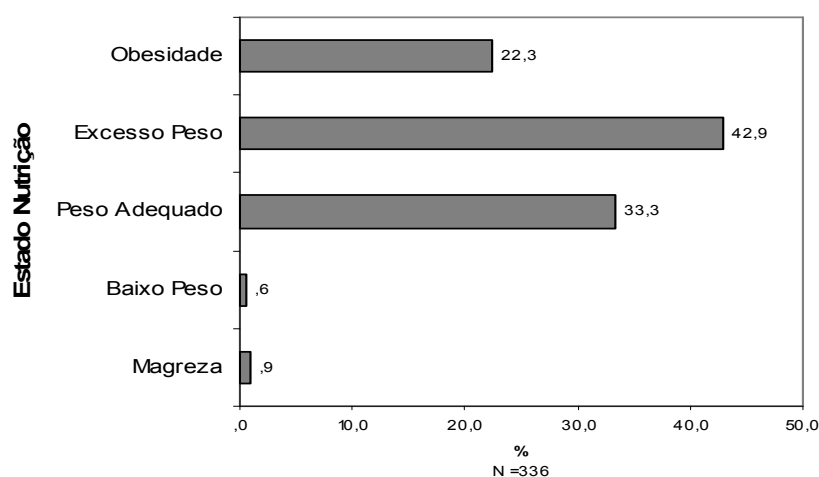


Figura 9. Distribuição dos idosos por avaliação estado nutrição (IMC).

Avaliando o estado de nutrição/obesidade com base na conjugação dos valores do IMC e a cintura, segundo a classificação do MAB, Figura 10, 67 (19,9%) idosos, têm estado nutrição adequado (IMC entre 18,5 a 25; cintura feminina inferior a 80 cm; cintura nos homens inferior a 94cm) e 134 (39,9%) idosos são classificados na categoria magro ou obesos, sendo que, destes 5 idosos são magros.

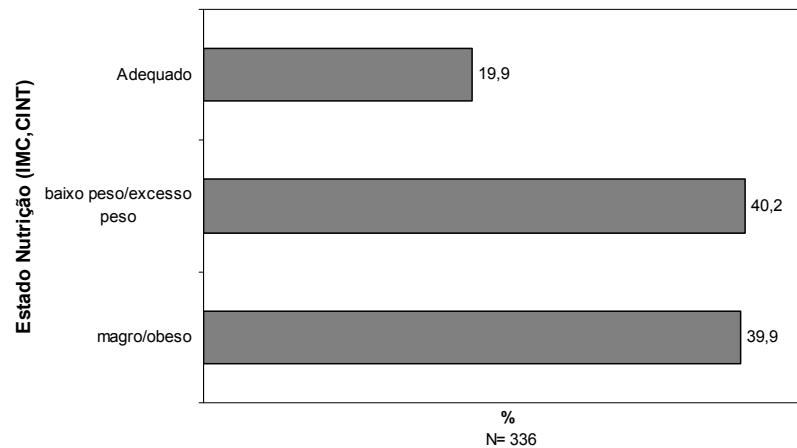


Figura 10. Distribuição dos idosos por avaliação estado nutrição, (IMC, CINT.)

Ao avaliar o número, o momento das **quedas**, o motivo e as sequelas por elas deixadas, verifica-se que 210 (61,8%) idosos são classificados em bom estado, relativamente às quedas, o que corresponde, segundo o MAB, a não terem caído no último ano, e 16 (4,7%) são classificados na categoria de mau (4 ou mais quedas, há menos de 1 mês, motivo de quedas de causa interna e externa e com alteração de mobilidade), Figura 11. Não se verificando diferenças entre o sexo e classes etários.

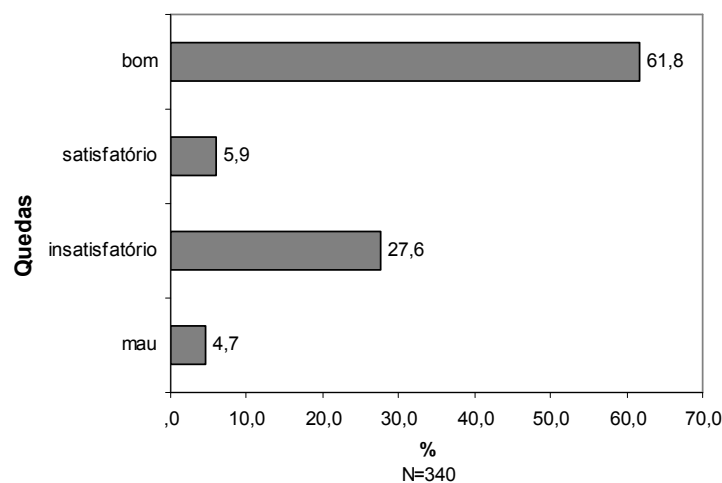


Figura 11. Distribuição dos idosos avaliação de quedas.

Quanto à **locomção**, Figura 12, 207 (60,9%) idosos são autónomos, dependendo de auxílio de meios para se deslocar e 3 (0,9%) idosos, são incapazes para a locomoção, por não conseguirem subir e descer escadas. Destacamos que nesta amostra 37,1% das pessoas inquiridas, são independentes, andando em casa, na rua ou em escadas sozinhos sem recorrer a meios de apoio. Não se verificando diferenças entre o sexo e classes etários.

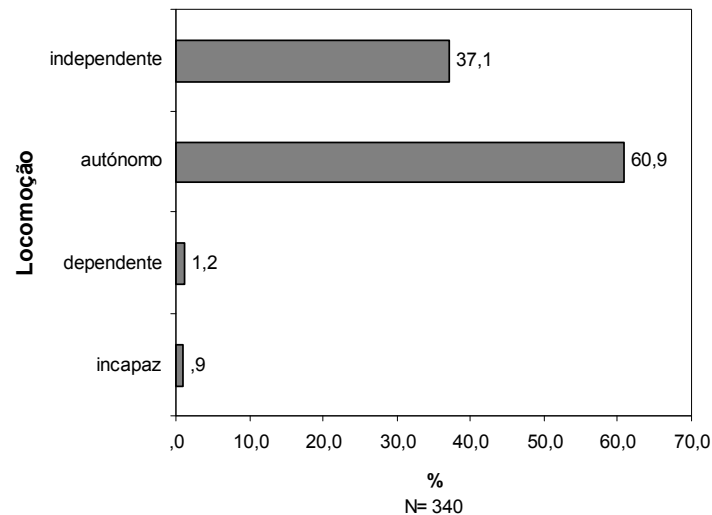


Figura 12. Distribuição dos idosos quanto à locomoção.

Em relação à **autonomia física** (lavar, vestir, usar sanitários, transferências, esfínteres, comer), Figura 13, 140 (41,2%) idosos são independentes e 4 (1,2%) são incapazes no controlo de urina e fezes. Não se verificando efeitos significativos da idade e sexo sobre as pontuações ao nível de dependência e em nenhuma das actividades de vida avaliadas.

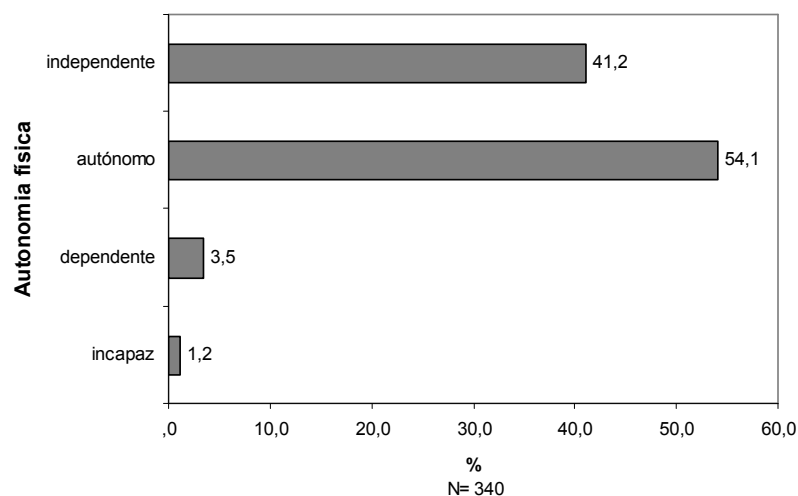


Figura 13. Distribuição dos idosos quanto à autonomia física.

Na avaliação da **autonomia instrumental** (usar o telefone, ir às compras, preparar refeições, fazer a lida da casa, tratar roupa, usar transportes, tomar medicamentos, gerir dinheiro), Figura 14, 96 (28,2%) idosos são independentes e 18 (5,3%) são incapazes, não faz ou não usa uma das actividades. Observam-se diferenças significativas na preparação de refeições ($X^2_{KW} = 29,06$; $p < 0,001$), nas compras ($X^2_{KW} = 8,526$; $p = 0,036$), tarefas da lida da casa ($X^2_{KW} = 24,18$; $p < 0,001$), lavar/tratar da roupa ($X^2_{KW} = 44,82$; $p < 0,001$) e tomar medicamentos ($X^2_{KW} = 12,26$; $p = 0,007$), em que os homens estão associados a resultados desfavoráveis em relação às mulheres. Observaram-se ainda diferenças entre os sexos ($X^2 = 4,72$; $p = 0,03$), na classificação dicotómica, em dependente e autónomo, por maior prevalência da independência nas mulheres.

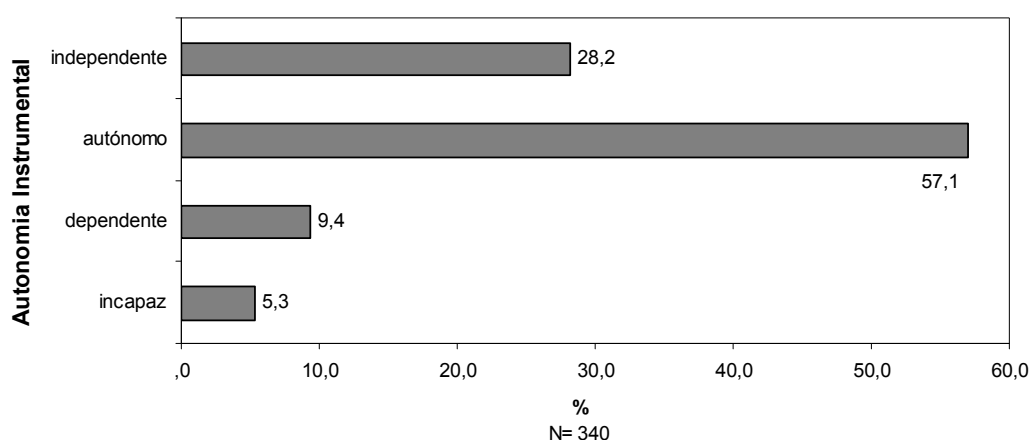


Figura 14. Distribuição dos idosos quanto à autonomia instrumental.

Quando se solicitou aos idosos para avaliarem o seu **estado emocional** 170 (50%) considerou-o insatisfatório e 65 (19,1%) idosos consideram-no mau, Figura 15. Não se verificando diferenças no sexo e nas classes etárias.

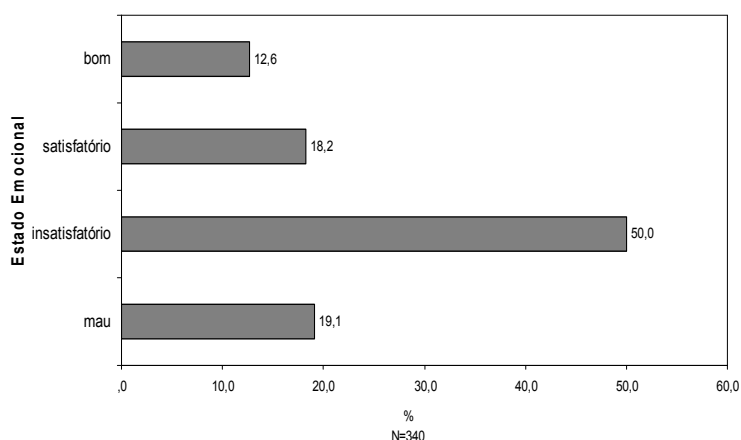


Figura 15. Distribuição dos idosos quanto à avaliação estado emocional.

Quando avaliamos a rede social (**estado social**), Figura 16, considerando segundo o MAB, o estado civil, o nº de coabitantes, o tempo em que o idoso está só, ter com quem desabafar, a escolaridade e a profissão, a pontuação total apresenta associação com o sexo ($X^2 = 25,26$; $p < 0,001$), em todos os itens (excepto desabafar). As mulheres associam-se a menor pontuação, indicativa de maior isolamento social, com implicações significativas na classificação dicotómica (favorável/desfavorável) ($X^2 = 18,32$; $p < 0,001$), as mulheres têm um estado social desfavorável comparativamente com os homens.

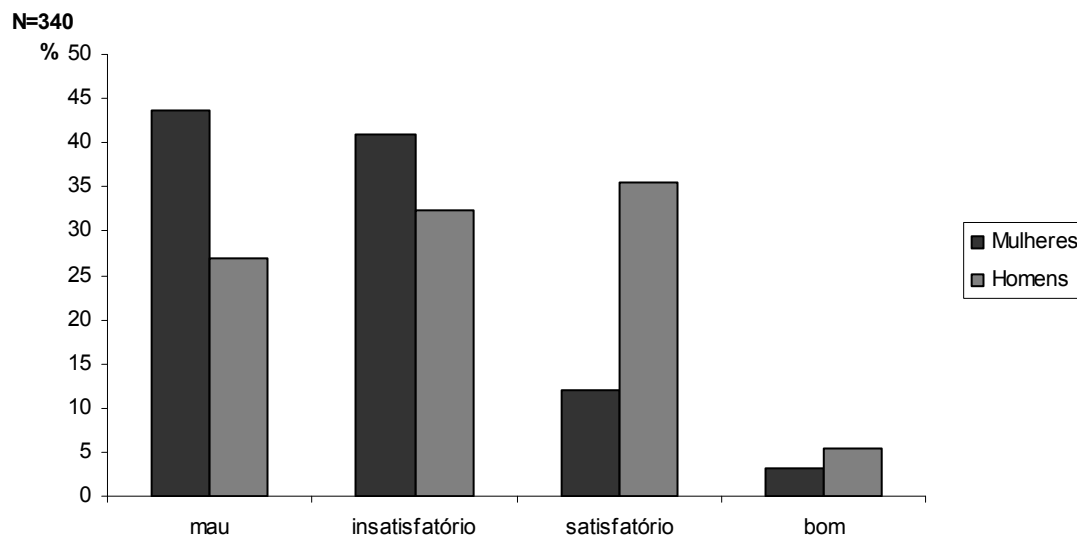


Figura 16. Distribuição dos idosos, segundo o sexo, quanto à avaliação estado social.

As mulheres vivem sós 130 (52,6%) e 113 (45,7%) passam 8 ou mais horas sozinhas, verificando-se diferença significativa ($X^2_{KW} = 18,32$; $p < 0,001$) em relação aos homens em que 65 (69,9%) coabitam com outras pessoas e 71 (76,3%) passam menos de 8 horas sós. Toda a população inquirida estava na situação de reformado.

Ao avaliar os **hábitos** (actividade física e nº refeições habituais), Figura 17, verifica-se que 193 (56,8%) idosos, referem que têm mais de 4 horas de actividade física por semana (andar a pé na rua) e 199 (58,5%) fazem 4 a 6 refeições por dia, pelo que 116 (34,1%) tem um bom estado em relação aos hábitos. Não se verificando diferenças entre o sexo e classes etárias.

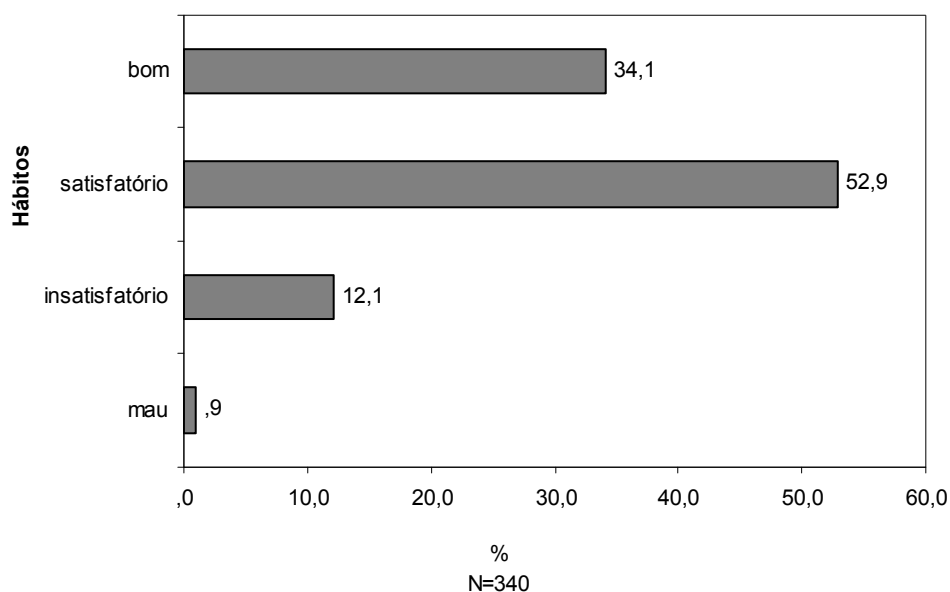


Figura 17. Distribuição dos idosos quanto aos hábitos.

Ao definir o **Perfil Biopsicossocial** (0/1/2/3) das pessoas idosas inquiridas verifica-se que são maioritariamente mulheres (0), com idade entre os 65 e 79 anos (1), com fraco estado de saúde (1), com excesso de peso (1), sem quedas (3), autónomas na locomoção (2), autonomia física (2) e instrumental (2), com insatisfatório estado emocional (1), bom estado cognitivo (3), insatisfatório estado social (0) e com hábitos satisfatórios (2), Figura 18.

Perfil Biopsicossocial	0	1	1	1	3	2	2	2	1	3	0	2
	Sexo/Idade/		Saúde/Nutrição/Quedas/Locomção/A.Física/A.Instrumental /Emocional/Cognitivo/ Social/Hábitos									
	BIO							Psico		Social		

Figura 18. Perfil Biopsicossocial (0/1/2/3) das pessoas idosas.

Ao dicotomizar as dimensões da avaliação funcional do idoso, em auto-suficiente (1) e dependente (0), verifica-se que esta população é dependente no estado de saúde, nutricional, emocional e social, Tabela 4.

Tabela 4				
MAB- Prevalência da auto-suficiência e dependência (N=340)				
Dimensões	Auto-suficiente		Dependente	
	%		%	
Estado saúde			85,3	Queixas
Nutrição			80,1	Obesidade
Quedas	67,6			
Locomoção	97,9			
Autonomia Física	95,3			
Autonomia Instrumental	85,3			
Estado emocional			69,1	Depressão
Estado Cognitivo	98,8			
Estado Social			77,6	Isolamento
Hábitos	87,1			

Esta avaliação, com a utilização deste instrumento de avaliação multidimensional, foi por nós apresentado, em Poster, no XIX the World Congress of Gerontology and Geriatrics, IAGG em 2009 Paris, o resumo publicado no The Journal of Nutrition, Health & Aging. 2009; 13. Supplement 1.S311.1 e o poster na página <http://www.healthandage.com/professional/posters/topic/health-sciences-geriatric-medicineprimary-care>.

Avaliação da **qualidade de vida (WHOQOL-BREF)** inclui duas questões gerais não contabilizadas nos domínios, uma relacionada com a avaliação global da qualidade de vida e outra com a satisfação com a saúde. Os resultados mostram que 9 (2,6%) idosos avaliam a sua **qualidade de vida (QV)** como “Muito boa”, 6 (1,8%) como “Muito má” e 28 (8,2%) como má., Figura 19. A média da pontuação da qualidade de vida é de 3,30 (DP = 0,73) e a mediana 3. Quanto à **satisfação com a saúde**, 18 (5,3%) idosos dizem estar muito insatisfeitos e 71 (20,8%) insatisfeitos, Figura 20. A média da pontuação da satisfação é de 3,17 (DP = 0,98) e a mediana 3, para uma pontuação máxima de 5.

A caracterização descritiva das facetas da WHOQOL-BREF é dada na Tabela 5, onde se apresentam os valores medianos (Me), Moda (Mo), Assimetria (Sk) e Achatamento (Ku), verificando-se que as facetas são assimétricas, mostrando que há uma predominância de respostas muito satisfatórias. Foi retirada do domínio relações sociais, a questão relacionada com a actividade sexual, por 115 idosos, não terem respondido. Verifica-se que dos 226 idosos que responderam, 9 (4%) estão muito insatisfeitos com a

sua vida sexual, 28 (12,4%) estão insatisfeitos, 111 (49,1%) nem satisfeito, nem insatisfeito, 71 (31,4%) estão satisfeitos e 7 (3,1%) estão muito satisfeitos.

Para permitir comparações, e de acordo com as indicações dos autores da escala, as pontuações dos domínios foram transformadas numa escala de 0-100 e calculadas Média (M), desvio padrão (DP) assimetria (Sk) e achatamento (Ku) para os domínios da WHOQOL-BREF, Tabela 6, verificando-se que a qualidade de vida em geral apresenta uma média de 55,93, com desvio padrão de 18,45 e mediana 62,5.

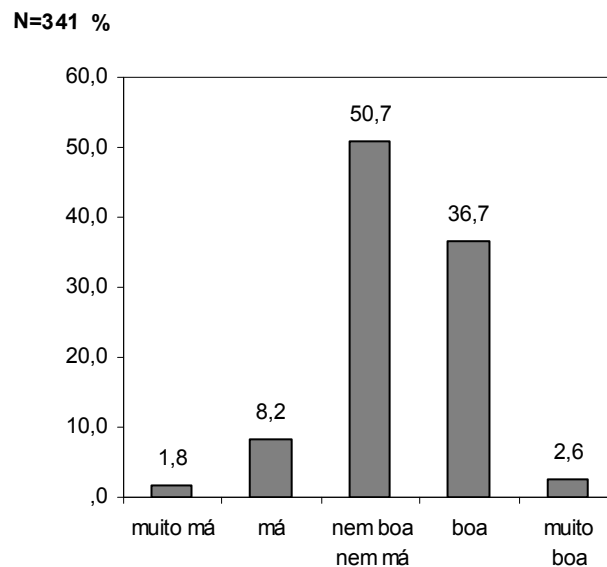


Figura 19. Distribuição dos idosos por avaliação global da qualidade de vida.

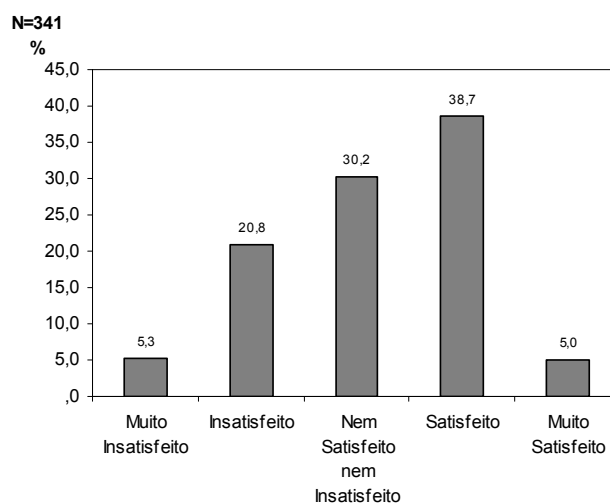


Figura 20. Distribuição dos idosos por avaliação satisfação com a saúde.

Tabela 5

Mediana (Me), moda (Mo), assimetria (Sk) e achatamento (Ku) para as facetas da WHOQOL-BREF. N=341, $Se_{Sk}=0,132$; $Se_{Ku}=0,263$

Facetas	Me	Mo	Sk	Ku	N
Dor e desconforto (q3)	3	4	-0,127	-1,084	341
Dependência de medicação ou tratamentos (q4)	3	2	0,490	-0,789	341
Sentimentos positivos (q5)	3	4	-0,422	-0,144	341
Espiritualidade/crenças pessoais (q6)	4	4	-0,772	0,434	341
Pensamento, memória concentração (q7)	4	4	-0,574	0,183	341
Segurança física (q8)	4	4	-0,689	0,080	341
Ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima) (q9)	3	4	-0,685	-0,111	341
Energia e fadiga (q10)	3	3	-0,355	0,128	341
Imagem corporal e aparência (q11)	4	4	-0,433	0,292	341
Recursos económicos (q12)	3	3	0,063	0,105	341
Oportunidade adquirir novas informações e competências (q13)	3	3	-0,174	0,177	341
Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer (q14)	3	3	-0,161	-0,584	341
Mobilidade (q15)	4	4	-0,609	-0,090	341
Sono e repouso (q16)	4	4	-0,312	-0,964	341
Actividades da vida diária (q17)	4	4	-0,847	0,627	341
Capacidade de trabalho (q18)	4	4	-0,729	0,187	341
Auto-estima (q19)	4	4	-0,760	0,520	341
Relações pessoais (q20)	4	4	-0,939	1,995	341
Actividade sexual (q21)	3	3	-0,427	0,412	226
Apoio Social (q22)	4	4	-0,897	1,287	341
Ambiente no lar (q23)	4	4	-0,924	0,454	341
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (q24)	4	4	-0,976	0,602	341
Transporte (q25)	4	4	-1,116	1,365	341
Sentimentos negativos (q26)	4	4	-0,554	-0,410	341

Tabela 6

WHOQOL-BREF- Média (M), desvio padrão (DP) assimetria (Sk) e achatamento (Ku) para os domínios da WHOQOL-BREF

Domínio	M (DP)	SK	Ku
Físico	59,8(17,17)	-,485	,193
Psicológico	63,10(15,51)	-,568	,164
Relações sociais	75,50(17,05)	-,919	1,859
Ambiente	57,78(13,23)	-,471	,181
QOL Geral	55,93(18,45)	-,459	,271

A qualidade de vida surge associada à idade, ao nível de instrução, ao estado de saúde, à autonomia instrumental, bem como ao estado emocional e hábitos e ainda aos

medicamentos e complexidade regime medicamentoso. A satisfação com a saúde surge associada ao nível de instrução e estado de saúde bem como às quedas e locomoção, autonomia instrumental, hábitos e ao número de medicamentos e complexidade do regime medicamentoso, Tabela 7.

Tabela 7 Associação da Qualidade de vida e Satisfação da Saúde com as características dos idosos		
Variáveis	Qualidade de vida	Satisfação Saúde
Grupo etário	$X^2_{KW} = 14,46; p = 0,006$	ns
Sexo	Não significativa (ns)	ns
Estado civil	Ns	ns
Nível de instrução	$X^2_{KW} = 31,34; p < 0,001$	$X^2_{KW} = 24,75; p < 0,001$
Estado saúde	$X^2_{KW} = 13,62; p = 0,009$	$X^2_{KW} = 29,96; p < 0,001$
Estado nutrição	ns	ns
Quedas	ns	$X^2_{KW} = 15,63; p = 0,004$
Locomoção	ns	$X^2_{KW} = 39,44; p < 0,001$
Autonomia física	ns	ns
Autonomia Instrumental	$X^2_{KW} = 18,87; p = 0,001$	$X^2_{KW} = 20,26; p < 0,001$
Estado emocional	$X^2_{KW} = 27,52; p < 0,001$	$X^2_{KW} = 110,69; p = 0,030$
Estado Cognitivo	ns	ns
Isolamento social	ns	ns
Estado social	$X^2_{KW} = 14,34; p = 0,006$	ns
Hábitos	$X^2_{KW} = 15,95; p = 0,003$	$X^2_{KW} = 15,29; p = 0,004$
Doenças Diagnosticadas	ns	ns
Medicamentos	$X^2_{KW} = 12,69; p = 0,013$	$X^2_{KW} = 14,46; p = 0,006$
ICM	$X^2_{KW} = 10,17; p = 0,038$	$X^2_{KW} = 24,64; p < 0,001$
Adesão Medicamentos	ns	ns

No que se refere aos domínios da QV, procedemos à análise da associação entre estes e o grupo etário, verificando-se que é negativa, em relação aos domínios qualidade de vida geral, físico e psicológico e não se verifica com os domínios social e ambiental. A qualidade de vida física e social está associada ao sexo e o estado civil. O nível de instrução está associado à qualidade de vida excepto no domínio social. A qualidade de vida geral está associada ao estado saúde de nutrição emocional e social, às quedas, à locomoção, autonomia física e instrumental e hábitos. O consumo de medicamentos e o índice de complexidade medicamentosa estão negativamente associados a qualidade de vida com correlação baixa. O mesmo se verifica para os domínios da qualidade de vida física e psicológica e ambiental. A qualidade de vida social surge associada ao estado emocional e aos hábitos, Tabela 8.

Tabela 8					
Variação da Qualidade de vida (QV) com as características dos idosos					
Variável	QV Geral	QV física	QV psicológica	QV social	QV ambiental
Idade	$r = -0,17$ $p=0,002$	$r = -0,18$ $p=0,001$	$r = -0,14$ $p=0,011$	ns	ns
Sexo	ns	U M-W = 9817,50 $p=0,027$	Ns	U M-W = 9817,50 $p=0,012$	ns
Estado civil	ns	ns	U M-W = 12001,50 $p=0,008$	ns	ns
Nível de instrução	$X^2_{KW} = 28,59$; $p < 0,001$	$X^2_{KW} = 29,39$; $p < 0,001$	$X^2_{KW} = 29,67$; $p < 0,001$	ns	$X^2_{KW} = 25,14$; $p < 0,001$
Estado saúde	$F = 14,74$ $p < 0,001$	$F = 4,07$ $p < 0,001$	$F = 5,25$ $p < 0,001$	ns	$F = 3,49$ $p < 0,001$
Estado nutrição	$F = 3,25$ $p = 0,040$	$F = 3,96$ $p = 0,020$	Ns	ns	ns
Quedas	$F = 6,45$ $p < 0,001$	$F = 10,74$ $p < 0,001$	$F = 6,65$ $p < 0,001$	ns	$F = 3,95$ $p = 0,09$
Locomoção	$F = 5,19$ $p = 0,02$	$F = 11,61$ $p < 0,001$	$F = 3,43$ $p = 0,017$	ns	ns
Autonomia física	$F = 2,98$ $p = 0,032$	$F = 7,52$ $p < 0,001$	Ns	ns	$F = 2,94$ $p = 0,033$
Autonomia Instrumental	$F = 8,17$ $p < 0,001$	$F = 12,84$ $p < 0,001$	$F = 9,11$ $p < 0,001$	ns	$F = 5,03$ $p = 0,002$
Estado emocional	$F = 14,53$ $p < 0,001$	$F = 8,56$ $p < 0,001$	$F = 25,78$ $p < 0,001$	$F = 4,98$ $p = 0,002$	$F = 11,17$ $p = 0,001$
Isolamento social	ns	$F = 3,01$ $p = 0,030$	$F = 5,20$ $p = 0,002$	ns	ns
Estado social	$F = 6,24$ $p < 0,001$	$F = 4,94$ $p = 0,002$	$F = 11,37$ $p < 0,001$	ns	$F = 7,88$ $p < 0,001$
Hábitos	$F = 5,75$ $p = 0,001$	$F = 7,64$ $p < 0,001$	Ns	$F = 7,20$ $p < 0,001$	$F = 4,97$ $p = 0,002$
Medicamentos	$r = -0,26$ $p < 0,001$	$r = -0,41$ $p < 0,001$	$r = -0,26$ $p < 0,001$	ns	$r = -0,20$ $p < 0,001$
ICM	$r = -0,24$ $p < 0,001$	$r = -0,38$ $p < 0,001$	$r = -0,23$ $p < 0,001$	ns	$r = -0,17$ $p = 0,001$
Doenças diagnosticadas	ns	$r = -0,16$ $P = 0,003$	$r = -0,13$ $p < 0,015$	ns	ns
Adesão medicamentosa	ns	$r = 0,11$ $p < 0,05$	$r = -0,14$ $p = 0,011$	$r = -0,16$ $p = 0,022$	$r = -0,26$ $p < 0,003$

Avaliámos ainda a associação entre qualidade de vida e as facetas satisfação com a saúde, espiritualidade/crenças pessoais, participação e/ou oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima), relações pessoais, actividades da vida diária, recursos económicos e verifica-se associação positiva moderada, Tabela 9.

Tabela 9	
<i>Associação da qualidade de Vida com as variáveis explicativas</i>	
Variáveis independentes	Qualidade de vida
Satisfação com a saúde	$r=0,413^*$
Espiritualidade/crenças pessoais	$r=0,404^*$
Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer	$r=0,359^*$
Ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima)	$r=0,182^*$
Relações pessoais	$r=0,204^*$
Actividades da vida diária	$r=0,388^*$
Recursos económicos	$r=0,385^*$
$*p < 0,001$	

Procedemos a análise multivariada através de modelo de regressão linear verificando-se que este modelo é altamente significativa ($F= 26,276$, $p<0,001$) e explica uma proporção da variabilidade da QV de 35%. Analisaram-se os pressupostos do modelo nomeadamente o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros, validados graficamente e pela estatística de Durbin-Watson ($d=1,968$) e utilizou-se o *VIF* (*variance Inflation Factor*) para diagnosticar a multicolinearidade, não se eliminando nenhuma variável, Tabela 10.

Tabela 10					
<i>Qualidade de Vida - Análise Multivariada – Modelo final</i>					
Variável	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Constante	1,153	,213		5,424	,000
Satisfeito com a sua saúde	,164	,040	,222	4,083	,000
Espiritualidade/crenças pessoais	,145	,038	,193	3,775	,000
Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer	,089	,038	,122	2,352	,019
Relações pessoais	,019	,048	,019	,388	,698
Ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima)	-,010	,038	-,012	-,261	,794
Actividades da vida diária	,100	,047	,119	2,148	,032
Recursos económicos	,156	,042	,187	3,733	,000
$R^2 = 0,35$					
ANOVA					
	S.Quadrados	G.Liberdade	M.Quadrática	F	p
Regressão	64,719	7	9,246	26,276	0,000
Residual	117,169	333	,352		
Total	181,889	340			

Para avaliar as **doenças auto-relatadas**, foi solicitado às pessoas que indicassem as doenças que lhe tinham sido diagnosticadas pelo médico.

Dos 341 idosos inquiridos verificou-se um número médio de 2,82 doenças auto-relatadas, mediana e moda 3 (DV =1,59; Min = 0 e Max = 7) e apresenta-se na Tabela 11 as estatísticas de ordem. Nas mulheres verificou-se um número médio de 2,98 doenças auto-relatadas (DV =1,54; Min = 0 e Max = 7) e nos homens um número médio de 2,40 (DV =1,67; Min = 0 e Max = 7) com diferença significativa (U de Mann-Whitney =9009,50; $p=0,001$) no sexo. Não se verificou diferença estatisticamente significativa no auto-relato das doenças, com a idade, Figura 21.

Tabela 11						
Estatísticas de ordem das doenças auto-declaradas						
Estatísticas de ordem						
Doenças auto-declaradas	N	Moda	Percentiles			
				25	75	95
Doenças auto-declaradas	341	3		2	4	5

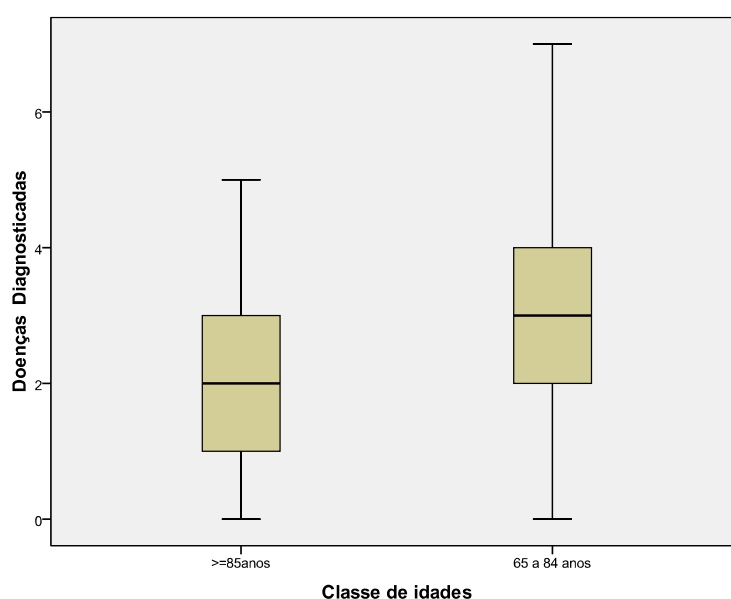


Figura 21. Comparação das doenças diagnosticadas e os grupos etários.

A Tabela 12 apresenta a distribuição da **prevalência das doenças diagnosticadas**, auto-relatadas, verificando-se que foi mais elevada a hipertensão 209 (61,5%) seguindo-se, a doença cardiovascular/não hipertensão 188 (55,3%), colesterol elevado 172 (50,6%), e a doença osteo-articular 138 (40,6%). A prevalência de diabetes *Mellitus* de 53 (15,6%) é um valor significativo face aos problemas de saúde de longo prazo que origina se não for controlada. Dos idosos que reportaram diabetes *mellitus*, 38 (71,7%), reportam também hipertensão e 29 (54,7%) colesterol elevado em simultâneo.

Tabela 12 <i>Prevalência das doenças diagnosticadas pelo médico, auto-relatadas</i>		
Prevalência doenças diagnosticadas	%	n/N
Hipertensão	61,5	209/340
Diabetes	15,6	53/340
Colesterol elevado	50,6	172/340
Doença Cardiovascular	55,3	188/340
Doença Cerebrovascular	10,0	34/340
Doença Respiratória	10,9	37/340
Doença Osteoarticular	40,6	138/340
Neoplasias	13,8	47/340
Depressão	10,6	36/340
Doenças Aparelho Digestivo	1,2	4/340
Doenças do Sangue	0,9	3/340
Doenças de Pele	2,3	8/340
Doenças do Aparelho Geniturinário	6,2	21/340
Doenças Endócrinas	1,2	4/340
Doenças do Sistema Nervoso	1,8	6/340
Doenças do olho e ouvidos	1,8	6/340

Nas Tabelas 13, 14 e 15 apresenta-se a distribuição da hipertensão, diabetes *mellitus* e colesterol elevado, auto-relatados pelos idosos, por sexo e por grupo etário, mostrando que o colesterol elevado é mais prevalente na classe de idades dos 65-84 anos, com diferenças significativas na classe etária.

Tabela 13 <i>Prevalência da hipertensão por sexo e grupo etário</i>			
Prevalência da Hipertensão (%)			
Classe etária (anos)	Mulheres	Homens	Total
65 a 84	65,0(151/232)	55,4(46/83)	62,5(197/315)
≥85 anos	53,3(8/15)	40,0(4/10)	48,0(12/25)
Total	64,4(159/247)	53,8(50/93)	61,5 (209/340)

Classe etária ($\chi^2 = 2,067$ $p > 0,05$)

Sexo ($\chi^2 = 3,211$ $p > 0,05$)

Tabela 14 Prevalência da Diabetes Mellitus por sexo e grupo etário			
Prevalência da Diabetes Mellitus (%)			
Classe etária (anos)	Mulheres	Homens	Total
65 a 84	14,2(33/232)	19,28(16/83)	15,6 (49/315)
≥85 anos	6,6(1/15)	30,0(3/10)	16,0(4/25)
Total	13,8(34/247)	20,4 (19/93)	15,6 (53/340)

Classe etária (Fisher $p>0,05$) Sexo ($X^2 = 2,281$ $p>0,05$)

Tabela 15 Prevalência de Colesterol elevado por sexo e grupo etário			
Prevalência de Colesterol elevado (%)			
Classe etária (anos)	Mulheres	Homens	Total
65 a 84	56,0(130/232)	43,3(36/83)	52,7(166/315)
≥85 anos	20(3/15)	30(3/10)	24,0(6/25)
Total	53,8(133/247)	41,9(39/93)	50,6(172/340)

Classe etária ($X^2 = 7,631$ $p=0,006$) Sexo ($X^2 = 3,834$ $p>0,05$)

Na Tabela 16 apresentam-se os resultados da análise da polimedicação versus hipertensão, diabetes e colesterol elevado. Estas doenças são preditoras de polimedicação.

Tabela 16 Associação entre polimedicação e as doenças Hipertensão, Diabetes e Colesterol elevado			
	χ^2	p	OR (IC 95%)
Hipertensão	18,67	<0,001	0,35 (0,21-0,57)
Diabetes	8,61	0,003	3,52 (1,36-9,32)
Colesterol Elevado	21,23	<0,001	3,19(1,92-5,29)

Medicamentos prescritos

Os 341 idosos inquiridos, Figura 22, declararam terem prescritos um número médio de medicamentos 5,61 (DP= 3,13; Min=0;Max= 18), Me (5), Mo (5), (Sk =0,77; Ku = 0,89), e percentiles (25-3; 75 –8; 95-11),

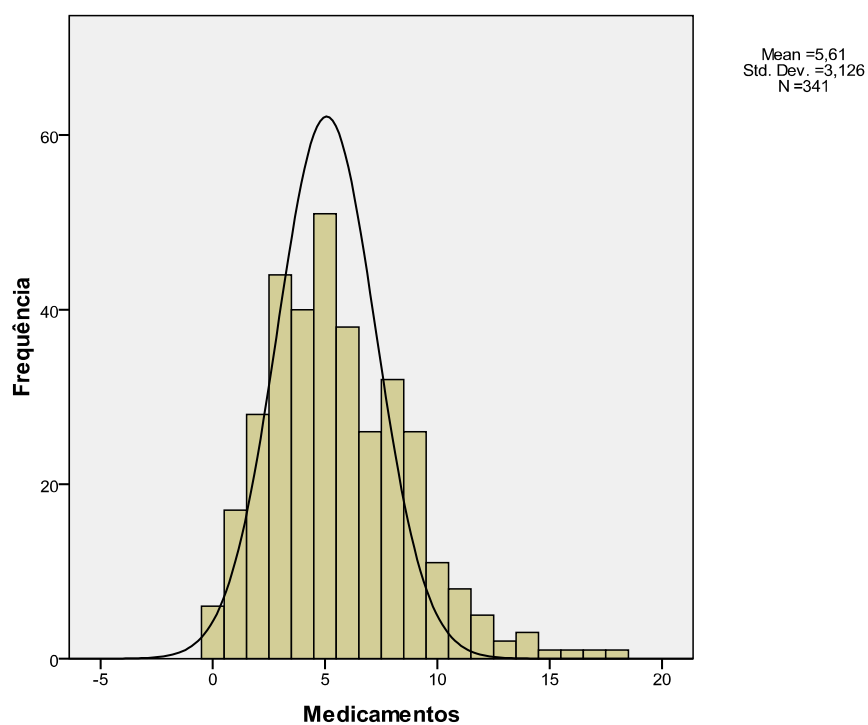


Figura 22. Distribuição dos medicamentos prescritos.

Considerou-se polimedicados, os idosos que tem 4 ou mais medicamentos prescritos. Verificou-se que 246 (72,1%) são polimedicados, Figura 23.

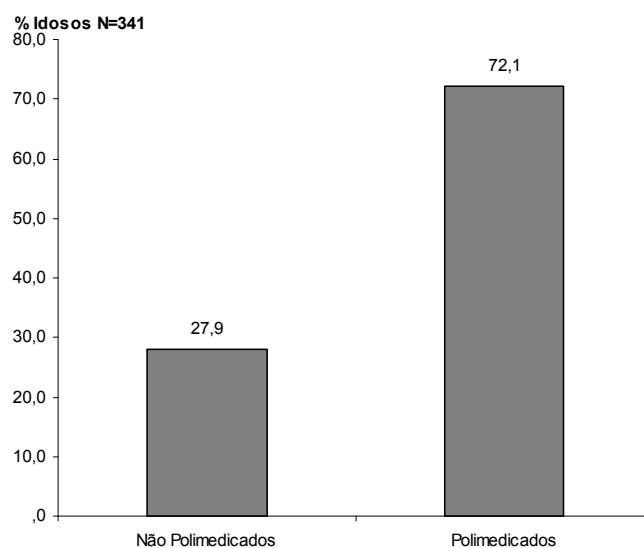


Figura 23. Distribuição da amostra por idoso polimedicados.

Avaliou-se a prevalência da polimedicação no sexo e classe etária, não se verificando diferenças significativas no sexo e classes de idades, Tabela 17.

Tabela 17 Prevalência do Consumo de medicamentos (polimedicados) por sexo e classe de idades.			
Prevalência de Consumo de Medicamentos (Polimedicados) (%)			
Classe etária (anos)	Mulheres	Homens	Total
65 a 84	75(174/232)	66,6(56/84)	72,8(230/316)
≥85	66,6(10/15)	60(6/10)	64(16/25)
Total	74,4(184/247)	65,9(62/94)	72,1(246/341)

Classe etária ($\chi^2 = 0,890$ $p=0,346$) Sexo ($\chi^2 = 2,469$ $p=0,116$)

Analizou-se a associação entre a polimedicação e as variáveis potencialmente preditivos de consumo de medicamentos, na população em estudo. Da análise univariada verifica-se, que a polimedicação apresenta associação significativa com a avaliação do estado de saúde, a qualidade de vida, as multipatologias e a adesão à medicação. Num modelo de polimedicação versus as co-variáveis consideradas potencialmente preditivos de polimedicação na população em estudo, verifica-se, após ajustamento, que a polimedicação está associada à autonomia instrumental, multipatologias e adesão, Tabela 18.

Tabela 18 Associação entre polimedicação e as variáveis preditoras de consumo de medicamentos						
Co-Variáveis	p	OR IC 95%	p	OR IC 95%	p	OR IC 95%
Sexo (feminino)	0,116	0,66(0,39-1,11)	0,289	0,73(0,41-1,31)		
≤85 Anos	0,346	1,51(0,61-3,51)				
Estado civil (casado)	0,533	1,16(0,72-1,81)				
Avaliação estado saúde (independente)	0,036	1,94(1,04-3,62)	0,350	0,71 (0,35-1,46)		
Estado nutrição (independente)	0,066	1,69(0,96-2,97)	0,871	1,06(0,55-2,05)		
Autonomia física (independente)	0,401	0,58(0,162-2,09)				
Autonomia Instrumental (independente)	0,042	0,44(0,20-0,99)	0,045	0,40(0,16-0,98)	0,028	0,38(0,16-0,89)
Estado emocional (independente)	0,223	0,73(0,44-1,21)				
Estado social (independente)	0,167	0,68(0,39-1,17)				
Hábitos (independente)	0,330	1,39(0,712-2,74)				
Qualidade de vida (melhor)	<0,001	0,475(0,41-0,55)	0,107	0,64(0,37-1,10)		
Multipatologias (1-3 patologias)	<0,001	2,83(1,59-5,02)	0,004	2,45 (1,34-4,49)	0,002	2,50(1,39-4,51)
Conhecimento sobre os medicamentos	0,132	0,64(0,366-1,146)	0,389	0,76(0,41-1,41)		
Adesão	0,011	0,48(0,27-0,85)	0,017	0,47(0,25-0,87)	0,014	0,47(0,25-0,86)

Classificação dos medicamentos

Os 341 idosos inquiridos relataram 1902 medicamentos, prescritos pelo médico, Figura 24. Os medicamentos foram classificados segundo o 1º, 2º e 3º nível ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*) classificação Anatômica por Órgãos ou Sistemas.

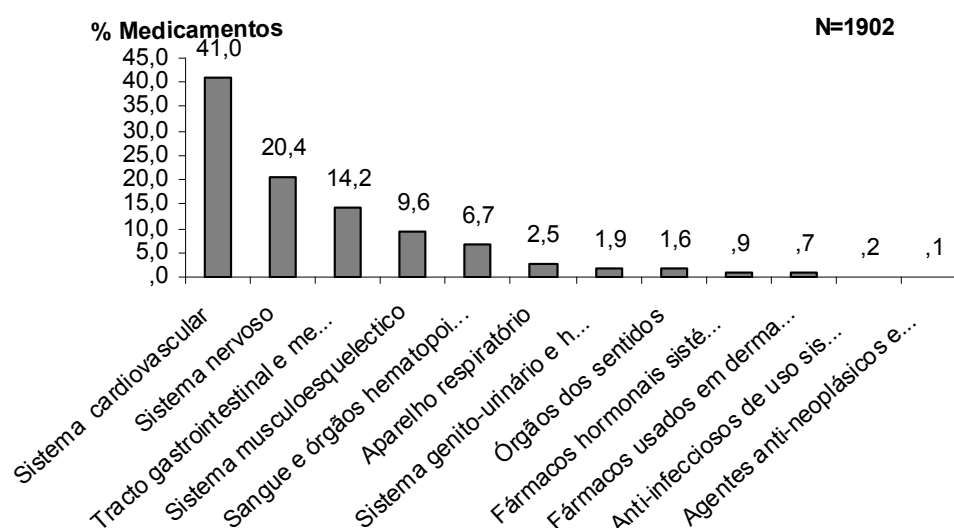


Figura 24. Medicamentos – Classificação 1º nível ATC (Grupo principal anatômico).

O grupo dos medicamentos mais utilizado é o sistema cardiovascular (C), 41%, seguindo-se os medicamentos do sistema nervoso (N) 20,4%, tracto gastrointestinal (A) 14,2% seguido de 9,6% de medicamentos para o sistema músculo-esquelético (M) e para o sangue e órgãos hematopoiéticos (B) 6,7%, Figura 24. Do sistema cardiovascular, na classificação ATC 2º nível (grupo principal terapêutico) os 4 grupos de medicamentos mais prevalentes são os agentes com acção sobre o sistema renina-angiotensina (C09) 10,3%, os anti-dislipidémicos (C10) 8,5%, a terapêutica cardíaca (C01) 6,2%, os diuréticos (C03) 4,1% e os agentes bloqueadores dos receptores adrenérgicos beta (C07) 3,7%. Do sistema nervoso (N), os medicamentos mais prescritos, classificação 2º nível ATC, psicofármacos (N05) 8,5%, os psicoanalépticos (N06) 5,6%, analgésicos (N02) 3,4% e outros medicamentos para o sistema nervoso (N07) 2,1%. Para o sistema músculo-esquelético (M), os anti-inflamatórios e anti-reumáticos (M01) são os mais prescritos (5,9%), seguindo-se os medicamentos para

o tratamento das doenças ósseas (M05) 2,1 %. Para o tracto gastrointestinal, os medicamentos para o tratamento de alterações causadas por ácidos (A02) aparecem em 5,7% e medicamentos utilizados na diabetes (A10) 3,2%. Para o sangue (B), os agentes anti-trombóticos (B01) são os mais prescritos (5,9%).

Ao 3º nível ATC (farmacológico/terapêutico), o mais prescritos são os medicamentos para o colesterol 8,2%, seguindo-se anti-inflamatórios e anti reumatismais não esteróides (5,7%), tratamento de ulcera péptica e do refluxo esofágico e ansiolíticos (5%).

As substâncias activas mais prescritas são a Sinvastatina 84 (4,4%), Acido acetil-salicílico (100mg/150mg) 69 (3,6%), Trimetizidina 65 (3,4%), Omeprazol 54 (2,8%), todas as outras substâncias activas, no total de 324, foram prescritas em valores que variam entre os 37 (1,9%) e 1 (0,1).

Foram avaliadas as formas farmacêuticas de 1898 medicamentos utilizados pelos idosos inquiridos. As formas farmacêuticas mais utilizadas são as formas sólidas orais (comprimidos, cápsulas e drageias) em 1631 (85,9%) medicamentos, seguindo-se o pó para solução ou suspensão oral em 140 (7,4%). As outras formas farmacêuticas são utilizadas em percentagens muito baixas inferior a 2%, Tabela 19.

Tabela 19		
Formas Farmacêuticas dos Medicamentos utilizados pelos idosos		
Formas farmacêuticas	n	%
Cpr,cps,drageias	1631	85,9
Pó para sol/susp oral	140	7,4
Sol/susp oral	19	1,0
Oftálmica	30	1,6
Creme rectal	3	,2
Cr,gel,pomada dermatológica	30	1,6
Cpr efervescente	3	,2
Sist transdérmico	9	,5
Inalatória	18	,9
Cpr mastigável	2	,1
Granulado oral	1	,1
Óvulos	3	,2
Supositório	1	,1
Injectável	6	,3
Nasal	2	,1

Índice Complexidade Medicamentosa (ICM) apresenta um α de Cronbach de 0,66. Quanto mais elevado for o ICM, maior é a complexidade do regime terapêutico. O ICM dos idosos inquiridos apresenta um valor médio de 13,25 (DP = 7,87; Min = 0-Máx= 40). A frequência das tomas diárias apresenta um valor médio de 7,72 (DP=4,78; Min = 0 -Máx= 28), as acções mecânicas necessárias para um toma correcta apresenta um valor médio de 1,13 (DP=1,82; Min = 0 - Máx= 13) e as informações adicionais um valor médio de 4,53 (DP=3,42; Min = 0 -Máx= 39).

Não se verificou associação entre o ICM e a idade ($p = 0,935$) e o sexo ($p = 0,081$). Verificou-se que existe associação entre o ICM e o número de doenças auto-relatadas (r de Spearman = 0,37; $p < 0,001$).

Adesão aos medicamentos foi avaliada através da escala adaptada de Morisk et al, 1986; Ramalhinho e Cabrita, 1993). Esta medida avalia cinco facetas sobre o comportamento das pessoas idosas face à sua adesão à medicação sendo que quanto maior for a pontuação maior será a adesão, depois de reconvertida a escala. Avaliou-se a média das pontuações em cada faceta e a adesão global que resulta da média da pontuação das facetas. A adesão global apresenta a média de 4,35 (DP=0,55;Min=2;Max=5), Tabela 20.

Tabela 20				
Auto-relato de Adesão – Média (M), desvio padrão (DP) assimetria (Sk) e achatamento (Ku) para os domínios da Adesão				
Domínio	M (DP)	Me	SK	Ku
Auto relato de adesão - toma	4,02 (0,95)	4	-0,51	-0,85
Auto relato de adesão - hora	4,05 (0,98)	4	-0,61	-0,64
Auto relato de adesão - sentir melhor	4,49 (0,90)	5	-1,67	1,57
Auto relato de adesão - sentir pior	4,60 (0,80)	5	-2,11	3,96
Auto relato de adesão - não ter medicamentos	4,58 (0,76)	5	-1,71	1,84
Adesão Global	4,35 (0,55)	4,4	-0,92	0,80

Nas Figuras 25,26,27,28,29, apresenta-se a frequência de cada faceta da adesão, verificando-se que 131 (39,7%) de idosos referem que nunca se esquecem de tomar os medicamentos e 22 (6,7%) afirmam que frequentemente se esquece de os tomar. Quanto à hora da toma, 144 (43,6%) afirmam nunca se esquecer da hora e 2 (0,6%) afirmam que se esquecem sempre. 236 (71,5%) Idosos afirmam que nunca interromperam a

medicação por se sentirem melhor e 1 (0,3%) afirma que interrompe sempre que se sente melhor. 251 (76,1%) Idosos nunca deixaram de tomar os medicamentos por sentirem pior e 2 (0,6%) deixam sempre que se sentem piores.

Questionados sobre se tinham interrompido a medicação por ter deixado acabar os medicamentos, 242 (73,3%) afirmam que nunca, 36 (10,9%) algumas vezes e 7 (2,1%) frequentemente.

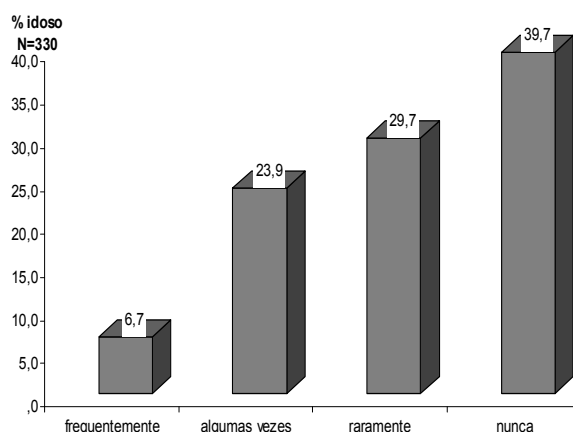


Figura 25. Pontuação do Auto-relato de adesão - Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos ?

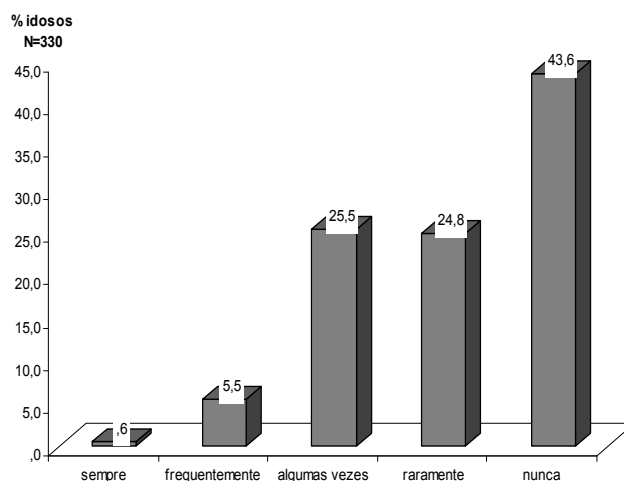


Figura 26. Pontuação do Auto-relato de adesão – Alguma vez se foi descuidada com as horas da toma dos medicamentos?

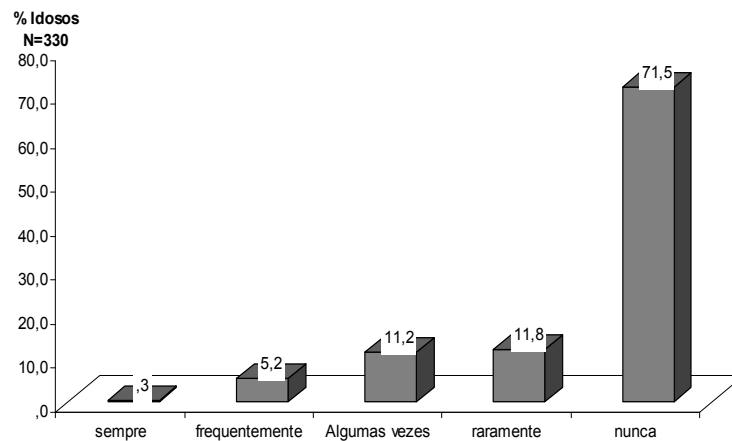


Figura 27. Pontuação do Auto-relato de adesão - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se sentirem melhor?

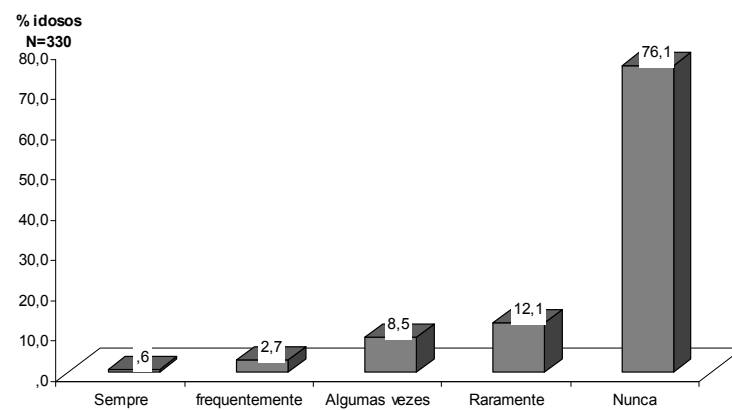


Figura 28. Pontuação do Auto-relato de adesão – Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se sentirem pior?

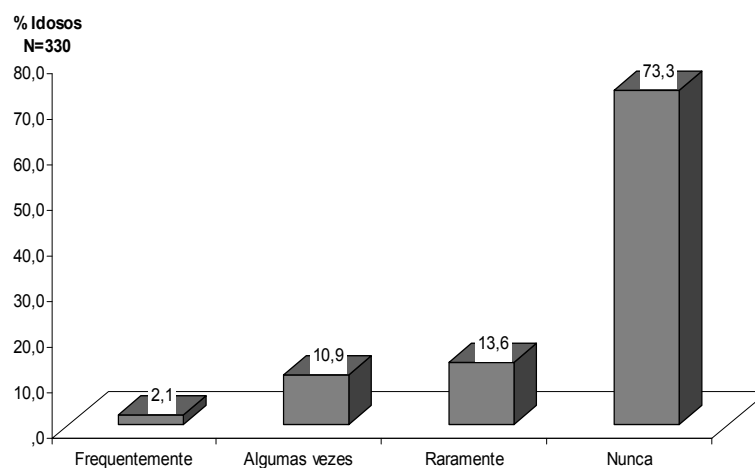


Figura 29. Pontuação do Auto-relato de adesão – Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por os ter deixado acabar?

Se o ponto de corte para considerar aderentes, for a mediana = 4,4, a percentagem de idosos aderentes é de (47,6%). A prevalência da adesão nas mulheres é de 19% e nos homens 25,6% não se verificando diferença significativa ($\chi^2 = 0,272$; $p = 0,602$). A prevalência na classe etária dos 65-84 é de 18,7% e no grupo dos mais idosos de 32%, não se verificando diferença significativa ($\chi^2 = 2,588$; $p = 0,108$).

Se classificar os idosos em aderentes “Adesão total”, os que referem ”nunca” em todas as facetas, 76 (19,7%) idosos têm adesão total à medicação e 265 (80,3%) são não aderentes, Figura 30.

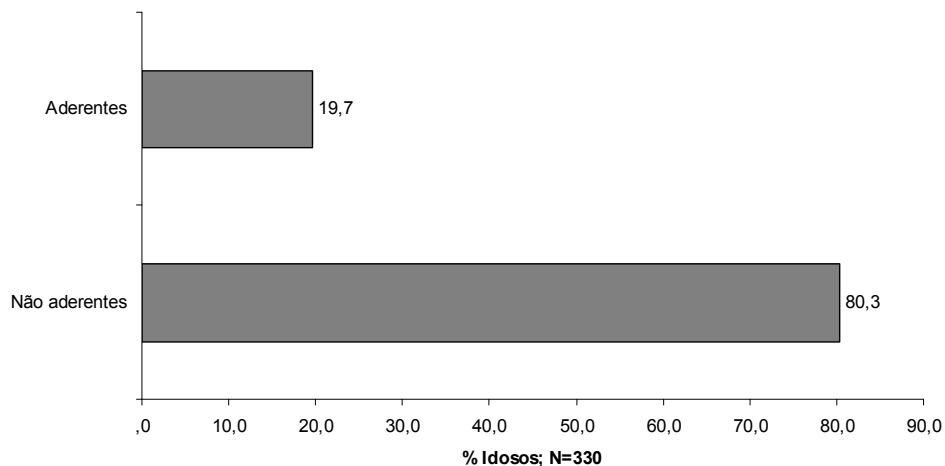


Figura 30. Adesão total (todas a facetas score 5)

Avaliou-se a associação entre o auto-relato de adesão e o ICM, Figura 31 não tendo sido encontrada uma associação estatisticamente significativa.

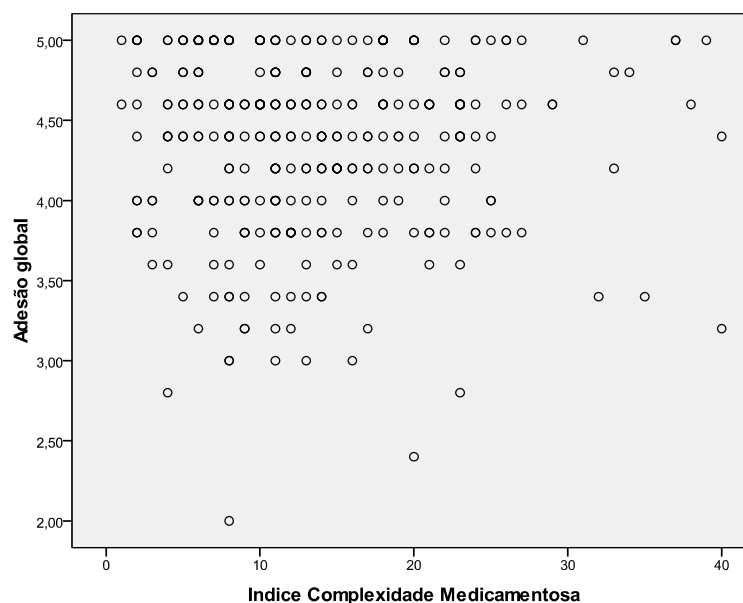


Figura 31. Dispersão da Correlação entre a Adesão e a Complexidade do Regime Medicamentoso.

Analizou-se a associação entre a adesão ao regime medicamentoso e as variáveis potencialmente preditivas de adesão, na população em estudo.

Da análise univariada verifica-se, que a adesão à medicação tem associação significativa com a autonomia física, polimedicação, conhecimentos dos medicamentos, as multipatologias e a doença auto relatada – colesterol elevado, Tabela 21

Tabela 21						
<i>Associação entre adesão e as variáveis preditoras de não adesão</i>						
Co-Variáveis	p	OR IC 95%	p	OR IC 95%	p	OR IC 95%
sexo (feminino)	0,602	0,85(0,47-1,50)				
65 a 84 anos	0,119	2,04(0,79-4,90)	0,233	0,57(0,22-1,44)		
Estado civil (casado)	0,900	1,03(0,59-1,79)				
Escolaridade						
0.sem escolaridade	0,195	0,65(0,23-1,66)				
1.Básico	0,198	0,76(0,41-1,40)				
2. Sec.Licen,Dout (ref)						
Avaliação Estado Saúde (independente)	0,842	0,86(0,36-1,90)				
Estado Nutrição (independente)	0,353	1,37(0,68-2,67)				
Autonomia Física (independente)	0,012	0,28(0,10-0,84)	0,030	0,31(0,11-0,89)	0,011	0,26(0,09-0,74)
Autonomia Instrumental (independente)	0,334	0,70(0,35-1,49)				
Estado emocional (independente)	0,427	0,94(0,52-1,71)				
Estado Social (independente)	0,949	1,02(0,51-1,95)				
Isolamento (vive acompanhado)	0,600	0,86(0,49-1,50)				
Rendimento (suficiente para as necessidades)	0,658	1,14(0,63-2,10)				
Hábitos (independente)	0,145	2,04(0,77-5,39)				
Qualidade de vida (muito boa e boa)	0,580	0,84(0,48-1,45)				
Polimedicado (0-3 medicamentos)	0,011	0,47(0,26-0,86)	0,040	0,53(0,29-0,97)	0,007	0,44(0,25-0,79)
Conhecimento dos medicamentos	0,035	1,90(1,02-3,51)	0,107	1,69(0,89-3,19)		
ICM	0,550	0,85(0,48-1,46)				
Multipatologias (1-3 patologias)	0,047	0,53(0,28-0,98)	0,484	0,77(0,38-1,57)		
HTA	0,534	1,14(0,63-2,10)				
Diabetes Mellitus	0,587	0,80(0,35-1,71)				
Colesterol	0,014	0,50(0,28-0,87)	0,398	0,75(0,39-1,45)		

Num modelo de adesão à medicação versus as co-variáveis consideradas potencialmente preditivos de adesão na população em estudo, verifica-se, após ajustamento, que a adesão está associada à autonomia física e à polimedicação, Tabela 21

Analísamos as razões dos doentes para não aderirem à medicação (com possibilidade dos idosos assinalarem várias opções) e verificou-se que dos 172 idosos que indicaram razões para não aderirem, o não se “lembrar” 104 (60,5%) é a razão mais frequente. Salienta-se que 22 (12,8%) dos idosos não tinham dinheiro para comprar os medicamentos e 13 (7,6%) tentou poupar dinheiro e 5 (2,9%) deixou acabar os medicamentos. A não adesão por não conseguir receita médica é evocada por 1 idoso, Tabela 22.

Tabela 22 <i>Razões evocadas pelos idosos, para não seguirem sempre a prescrição de medicamentos</i>		
Razões para não seguir a prescrição médica	n	%
Não se lembrou	104	60,5
Não tinha os medicamentos com consigo	42	24,4
Não tomar de vez enquanto, não faz mal	25	14,5
Não tinha dinheiro para comprar medicamentos	22	12,8
Tentou poupar dinheiro	13	7,6
Não gosta de tomar medicamentos	13	7,6
Estava ocupado	5	2,9
Deixou acabar os medicamentos	5	2,9
Não conseguiu receita médica	1	1,2
Quando se sente melhor	1	0,6
Quando acha que faz mal	1	0,6
Não os tinha no local habitual	1	0,6
Estava com pressa	2	0,6
Medo dos efeitos secundários	1	0,6
Decide não tomar	1	0,6

Foi questionado aos idosos se precisavam de ajuda para gerir o seu regime medicamentoso tendo 119 (36,1%) afirmado que precisa de ajuda. Identificaram o tipo de ajuda (com possibilidade de assinalarem várias opções) que consideravam necessitar para melhor gerirem e aderirem ao regime medicamentoso.

As ajudas mais frequentes que referem são: receber informação sobre os medicamentos 63 (19,2%), 44 (13,4%) explicação do regime medicamentoso, ajuda a interpretar o

regime medicamentoso 44 (13,3%), ajuda a monitorizar o regime medicamentoso 20 (6,1%), Tabela 23.

Tabela 23		
<i>Tipo de ajuda que os idosos consideram precisar</i>		
Ajuda para gerir o regime medicamentoso	n	%
Precisa de ajuda para gerir medicamentos	119	36,1
Dêem informação sobre os medicamentos	63	19,2
Expliquem o regime medicamentoso	44	13,3
Ajuda para interpretar o regime medicamentoso	26	7,9
Ajuda a monitorizar o regime medicamentoso	20	6,1
Ajuda para lembrar a toma do medicamento	19	5,8
Ajuda para encher as caixas dispensadoras	10	3,0
Ajuda monetária	7	2,1
Ajuda para ler rótulo	8	2,4
Ajuda para retirar medicamentos caixa	4	1,2

Quando os idosos são questionados sobre quem ajuda ou pode vir a ajudar na gestão do regime terapêutico, 308 (93,3%) não respondem, 10 (3,0%) referem que os amigos os ajudam, o cônjuge em 8 (2,4%), os filhos 2 (0,6%) outros familiares 1 (0,3%) e o médico de família 1 (0,3%).

Segue-se a análise dos resultados do Estudo II (de intervenção, não farmacológica, do tipo experimental) com a apresentação do fluxograma do estudo, figuras e tabelas de resultados

ESTUDO II

Os idosos foram seleccionados a partir da amostra do Estudo I.

No início do estudo após aleatorização foram admitidos 88 idosos e não houve abandonos aos 6 meses. Na Figura 32 apresentamos o diagrama do fluxo dos participantes no grupo de intervenção e no grupo de controlo.

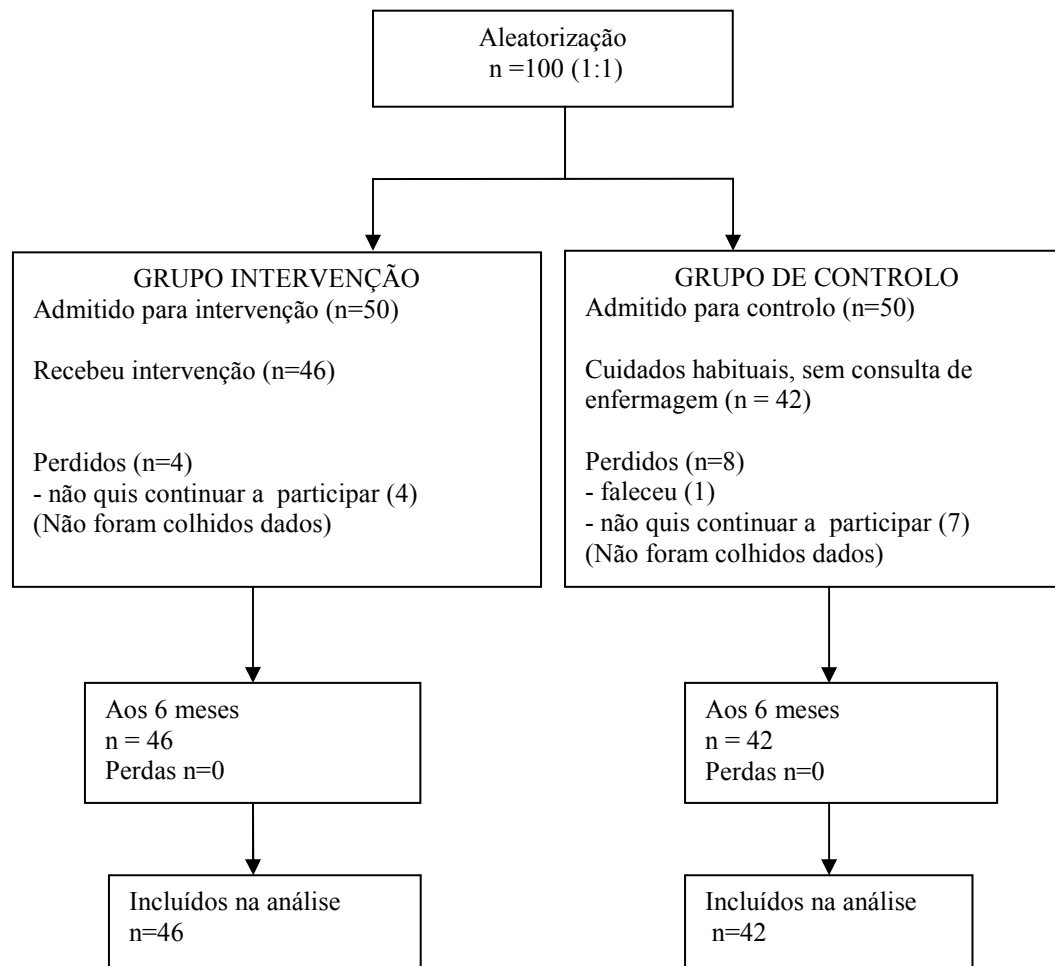


Figura 32. Diagrama de fluxo dos idosos participantes.

Fonte: Adaptado, CONSORT Group, 2001

Os idosos que tinham participado no Estudo I (estudo inicial do tipo transversal) que manifestaram não querer continuar a participar no Estudo II (estudo de intervenção do tipo experimental) e o idoso cujo familiar informou que este havia falecido, não tendo disponibilizado dados adicionais, foram considerados perdidos na admissão sem terem dados colhidos, após aleatorização. Verifica-se uma perda de 16%, no grupo de controlo e 8% no grupo de intervenção. A participação do grupo de intervenção é de 92% e no grupo de controlo de 84%.

Não há diferença significativa entre quem completa o estudo e quem não completa nos grupos de intervenção e controlo em relação ao sexo e idade, Tabela 24.

Tabela 24
Comparação idade e sexo dos participantes grupo intervenção, grupo de controlo, perdidos na admissão

	Grupo intervenção			Grupo de Controlo		
	participantes	perdas na admissão		participantes	perdas na admissão	
	n=46	n=4	p	n=42	n=8	p
	M(DP)			M(DP)		
Idade	75,7(6,299)	76,5(4,203)	0,628	76,57(5,199)	79,88(7,680)	0,218
Sexo			0,108			0,699

No início do estudo verificaram-se as características dos participantes de acordo com o grupo de aleatorização (intervenção e controlo) e não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o que nos pode fazer assumir a homogeneidade estatística dos grupos em comparação. Ao analisar os resultados comparativos obtidos nestas variáveis observou-se que há pequenas diferenças na participação de homens e mulheres em ambos os grupos. A distribuição etária é semelhante entre os grupos com uma tendência central que ronda os 76 anos. Em ambos os grupos a escolaridade mais prevalente é o ensino básico. Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, nalgumas variáveis as categorias favoráveis encontram-se no grupo de intervenção e noutras no grupo de controlo. Estes resultados são apresentados na Tabela 25, na página seguinte.

Tabela 25*Características dos participantes por grupo de aleatorização e total, no momento da admissão ao estudo*

Variáveis	Grupo Intervenção (n=46;52,3%)	Grupo Controlo (n=42;47,7%)	p	Total (n=88)
Mini Mental Statement (MMS) (M;Me;DP)	26,87 ; 27±2,217	26,86 ; 27±2,405	0,849	26,86 ;27; ±2,295
Sexo			0,958	
feminino n (%)	32(52,5)	29(47,5)		61(69,3)
masculino n(%)	14(51,9)	13(48,1)		27(30,7)
Idade (M;Me;DP)	75,70;76,00;±6,299	76,57;76,50;±5,199	0,481	76,11;76,00;±5,786
Estado civil			0,655	
viúvo/solteiro/separado (%)	23(50)	23(54,8)		46(52,3)
Casado/união facto (%)	23(45,2)	19(50)		42(47,7)
Escolaridade			0,090	
sem instrução n (%)	6(13)	7(16,7)		13(14,8)
básico n (%)	37(80,4)	26(61,9)		63(71,6)
Sec.Lic.Mest.Dout n (%)	9(21,4)	3(6,5)		12(13,6)
Avaliação estado saúde			0,130	
dependente n (%)	32(69,6)	35(83,3)		67(76,1)
Estado Nutrição			0,260	
magro/obeso n (%)	30(65,2)	32(76,2)		62(70,5)
baixo peso/excesso peso n (%)	16(34,8)	10(23,8)		26(29,5)
Autonomia Instrumental			0,651	
dependente n (%)	7(15,2)	5(11,9)		12(13,6)
Estado emocional			0,080	
dependente n (%)	21(45,7)	27(64,3)		48(54,5)
Estado Social			0,165	
dependente n (%)	30(65,2)	33(78,6)		63(71,6)
Isolamento			0,217	
isolado n (%)	17(37)	21(50)		38(43,2)
Rendimento			0,158	
insuficiente n (%)	42(91,3)	34(81)		76(86,4)
Hábitos			0,090	
dependente (%)	9(19,6)	3(7,1)		12(13,6)
Medicamentos prescritos (M;Me;DP)	6,85;6,00±2,59	6,69;7,00±1,760	0,713	6,77;6,00±2,22
Índice Complexidade Medicamentosa	15,37;13,50±5,763	14,93;13,00±5,058	0,883	15,16;13,00±5,412
Conhecimento dos medicamentos n (%)			0,590	
não	31(67,4)	26(61,9)		57(64,8)
Multipatologias (M;Me;DP)	4,24;4±0,794	4,14;4±0,751	0,439	4,19;4±0,771
Hipertensão n (%)	44(95,7)	39(92,9)	0,666	83/88 (94,3%)
Diabetes Mellitus n (%)	16(34,8)	8(19,0)	0,098	24/88(27,27%)
Colesterol elevado n (%)	36(78,3)	34(81)	0,755	70/88(79,5)
Adesão – auto-relato (M;Me;DP)	4,30;4,40±0,294	4,40;4,40±0,249	0,165	4,35;4,40±0,276
Qualidade de vida geral (0-100) (M;Me;DP)	55,16;50;±17,98	56,84;62,5±17,93	0,713	55,96;50,00±17,87
QV Domínio Físico (0-100) (M;Me;DP)	55,48;57,14±14,53	58,75;60,71±11,49	0,299	57,04;60,71±13,19
QV Domínio Psicológico (0- 100) (M;Me;DP)	60,59;62,50±12,03	59,12;62,50±11,42	0,570	59,89;62,50±11,70
QV Domínio Relações Sociais (0-100) (M;Me;DP)	69,29;75,00±17,01	73,80;75,00±14,29	0,191	71,44;75,00±15,85
QV Domínio Ambiental (0-100) (M;Me;DP)	55,77;56,25±11,33	59,44;62,50±12,75	0,060	57,52;59,37±12,10

A avaliação da adesão ocorreu no momento inicial, em ambos os grupos (Estudo I). Na Tabela 26 apresentam-se os valores de adesão no momento inicial e no final dos dois grupos (intervenção e controlo)

Tabela 26 <i>Adesão antes e após a intervenção</i>				
Variáveis	n	Grupo Intervenção mediana	n	Grupo Controlo mediana
Adesão				
Inicial	46	4,4	42	4,4
Final	46	4,6	42	4,4

Verifica-se uma diferença estatisticamente significativa na adesão no grupo de intervenção ($p < 0,001$) entre o início e o final do período de seguimento, o que não se verifica no grupo de controlo, Tabela 27.

Tabela 27 Adesão antes e após intervenções de enfermagem (aconselhamento, controlo e ensino de medicamentos), por grupo de aleatorização			
Medidas estatísticas	Adesão	Adesão	p
	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção	
Grupo Intervenção			
Média	4,30	4,47	$<0,001$ [IC(95%)-0,202—0,136]
Mediana	4,4	4,6	$<0,001$
1º quartil	4,2	4,2	
3º quartil	4,6	4,6	
Min- Max	3,60-4,80	3,80-5,00	
	Adesão	Adesão	
Grupo Controlo	Início	Fim	
Média	4,4	4,4	0,058[IC (95%)-0,048-0,000]
Mediana	4,4	4,4	0,063
1º quartil	4,2	4,2	
3º quartil	4,6	4,6	
Min- Max	3,8-5,00	3,80-5,00	

Ao dicotomizar a variável adesão no “ponto de corte”, 4,4 (mediana) considerando aderentes os idosos que apresentam um *score* de adesão acima de 4,4 verifica-se que o efeito das intervenções de enfermagem (aconselhamento, controlo e ensino de

medicamentos) sobre a adesão foi estatisticamente significativo no grupo de intervenção ($p < 0,001$).

Quando avaliamos a eficácia das intervenções de enfermagem (aconselhamento, controlo e ensino de medicamentos) observamos uma eficácia global na adesão de 46,6% independentemente dos idosos pertencerem ao grupo de intervenção ou grupo controlo. A diferença de eficácia da intervenção de enfermagem na adesão de 76,1% para 14,3%, entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 33,7$; $p < 0,001$), Tabela 28 e Figura 33.

Tabela 28				
Eficácia em adesão nos grupos de intervenção e controlo				
Variável		Grupo Intervenção n (%)	Grupo Controlo n (%)	Total n (%)
Adesão	Sim	35 (76,1)	6 (14,3)	41 (46,6)
	Não	11 (23,9)	36 (35,7)	47 (53,4)

$\chi^2 = 33,7$ $p < 0,001$

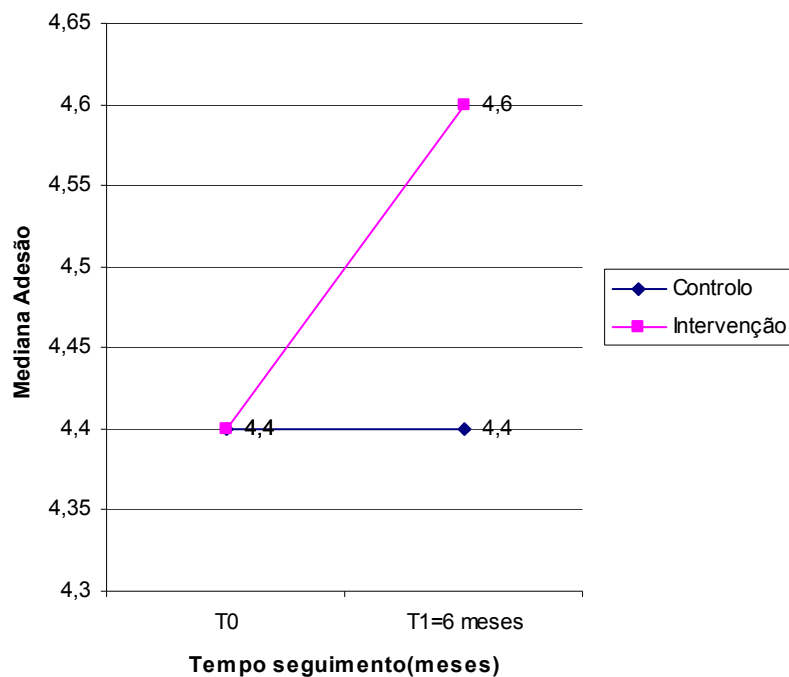


Figura 33. Evolução da Adesão ao longo do estudo.

Ao medir a magnitude (força de efeito) e o seu sentido (direcção do efeito), verifica-se o grupo de controlo tem um risco relativo (RR) de 5,33 [IC (95%) 2,50-11,37], de não ser aderente, relativamente ao grupo de intervenção, podendo-se concluir, com 95% de confiança, que existe um efeito da intervenção na população. A diferença absoluta dos riscos é de 61,8% e o número necessário a tratar (*NNT* - *number needed to treat*) é de 1,61. Obteve-se eficácia das intervenções de enfermagem (aconselhamento, controlo e ensino de medicamentos) e estas terão que ocorrer em mais 1,61 idosos para se obter um sucesso efectivo. Numa análise confirmatória para controlar possíveis variáveis de confundimento, procedeu-se análise de um modelo de regressão logística multivariado, Tabela 29.

Tabela 29. <i>Análise multivariada comparativa da eficácia da intervenção de enfermagem versus controlo, numa amostra total de 88 idosos.</i>		
Co-Variáveis	Risco Relativo IC 95%	p
Idade 65-84 anos (referência) ≥85 anos	0,57(0,15-2,19)	0,416
Sexo Feminino (referência) Masculino	1,15(0,31-4,32)	0,841
Escolaridade 0.sem escolaridade 1.Básico 2. Sec.Licen,Dout (referência)	0,45(0,09-2,28) 0,34(0,03-3,47)	0,338 0,360
Avaliação estado saúde(Auto-suficiente)	1,02(0,24-4,37)	0,981
Estado emocional(Auto-suficiente)	1,46(0,42-5,05)	0,550
Hábitos(Auto-suficiente)	0,54(0,07-4,09)	0,549
Qualidade de vida (melhor)	0,69(0,19-2,48)	0,580
Diabetes Mellitus	1,25(0,35-4,53)	0,730
Adesão Controlo (Referência)	20,37(5,25-78,89)	<0,001

Analizamos a qualidade de vida (QV), como medida de resultado, das intervenções de enfermagem, na consulta de enfermagem, não se verificando diferença estatisticamente significativa quando comparamos o momento inicial e final nos dois grupos, Tabela 30.

Tabela 30 <i>Qualidade de vida antes e após a intervenção, por grupo de aleatorização</i>					
Variáveis	n	Grupo Intervenção Mediana	n	Grupo Controlo Mediana	p
Qualidade de vida					
Inicial	46	50,00	42	62,50	0,713
Final	46	50,00	42	50,00	0,417
QV Física					
Inicial	46	57,14	42	60,71	0,299
Final	46	57,14	42	57,14	0,494
QV Psicológico					
Inicial	46	62,50	42	62,51	0,570
Final	46	62,49	42	60,41	0,095
QV Relações Sociais					
Inicial	46	75,00	42	75,00	0,191
Final	46	75,00	42	75,00	0,248
QV Ambiente					
Inicial	46	56,26	42	62,50	0,060
Final	46	56,24	42	50,00	0,057

Nos idosos do grupo de intervenção, verifica-se uma diminuição da qualidade de vida ambiental ($p = 0,036$) e nos idosos do grupo de controlo, verifica-se uma diminuição, estatisticamente significativa na qualidade de vida geral ($p < 0,016$), na qualidade de vida física ($p = 0,020$), na qualidade de vida social ($p = 0,001$) e na qualidade de vida ambiental ($p < 0,001$), Tabela 31.

Tabela 31							
<i>Qualidade de vida antes e após intervenções de enfermagem, por grupo de aleatorização</i>							
Medidas estatísticas	QVGeral	QVGeral	p	Medidas estatísticas	QVGeral	QVGeral	p
Grupo Intervenção	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção		Grupo Controle	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção	
Mediana	50	50	0,250	Mediana	62,5	50	0,016
1º quartil	37,5	46,88		1º quartil	37,5	37	
3º quartil	75	75		3º quartil	75	62,5	
Min- Max	25,00-100	25-100		Min- Max	25,00-87,50	25,00-86,50	
QVFísico		QVFísico	p	QVFísico		QVFísico	p
Grupo Intervenção	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção		Grupo Controle	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção	
Mediana	57,14	57,14	0,340	Mediana	60,71	57,14	0,020
1º quartil	50	49,05		1º quartil	53,57	45,53	
3º quartil	64,28	65,17		3º quartil	67,85	64,28	
Min- Max	14,29-89,29	14,29-89,30		Min- Max	32,14-82,14	17-86-75,00	
QVPsicológico		QVPsicológico	p	QVPsicológico		QVPsicológico	p
Grupo Intervenção	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção		Grupo Controle	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção	
Mediana	62,5	62,5	0,047	Mediana	62,5	60,41	0,238
1º quartil	54,16	54,15		1º quartil	53,12	53,12	
3º quartil	67,7	70,83		3º quartil	66,66	66,3	
Min- Max	33,3-83,33	33,33-91,67		Min- Max	29,17-83,33	25,00-83,30	
QVSocial		QVSocial	p	QVSocial		QVSocial	p
Grupo Intervenção	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção		Grupo Controle	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção	
Mediana	75	75	0,500	Mediana	75	75	0,001
1º quartil	62,5	62,5		1º quartil	75	62,5	
3º quartil	75	75		3º quartil	75	75	
Min- Max	12,50-100	25-100		Min- Max	25,00-100,00	25,00-87,50	
QVAmbiental		QVAmbiental	p	QVAmbiental		QVAmbiental	p
Grupo Intervenção	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção		Grupo Controle	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção	
Mediana	56,25	56,24	0,036	Mediana	62,5	50	<0,001
1º quartil	49,21	46,87		1º quartil	53,12	46,09	
3º quartil	63,28	62,5		3º quartil	66,4	62,5	
Min- Max	34,38-84,38	34,38-84,30		Min- Max	18,75-87,50	18,75-75,00	

Morbilidade

Avaliou-se as idas ao serviço de urgência, com ou sem internamento, que os idosos associaram estar relacionadas com o agravamento da sua situação de saúde. Dos 15 (17%) idosos que declararam ter ido à urgência durante o período que durou o estudo, 6

(13%) idosos pertenciam ao grupo de intervenção e 9 (21,4%) idosos ao grupo de controlo, não se verificando diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Nenhum idoso durante o período que durou o estudo foi institucionalizado em lar, tendo-se mantido na sua casa.

Avaliação de parâmetros analíticos

Não foi possível, no Estudo I, no momento inicial, na entrevista, avaliar parâmetros analíticos. No grupo de intervenção, foram avaliados na 1ª consulta de enfermagem. A todos os participantes, idosos do grupo de intervenção e do grupo de controlo, foi avaliada a pressão arterial, a glicemia capilar, o colesterol total e os triglicéridos, no momento final.

Pressão arterial

Obtiveram-se no grupo de intervenção, no momento inicial valores médios de pressão arterial sistólica de 140,91mmHg, mediana 140mmHg (DP =27,92;Min =120;Max=190) e de valores médios de pressão arterial diastólica 75,65mmHg, mediana 75 (DP =9,46;Min=60;Max=100).

Dos 46 idosos do grupo de intervenção, no momento inicial, 19 (41,3%) apresentavam a pressão arterial sistólica controlada e 38 (82,6%) a pressão arterial diastólica controlada. Apresentavam a pressão arterial sistólica e diastólica simultaneamente controlada, 18 (47,4%) idosos.

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre o momento inicial e final, na pressão sistólica, tendo-se verificando alteração significativa na pressão diastólica, Tabela 32.

Nos idosos do grupo de controlo, no momento final, o valor médio de pressão arterial sistólica era de 141,29 mm Hg, mediana 140,00 mm Hg (DP=18,56; Min=100; Max=190). O valor médio de pressão diastólica avaliada foi 74,64 mm Hg, mediana 77,50 mm Hg (DP=9,13;Min =50;Max=95).

No grupo de controlo no momento final de avaliação 28 (66,7%) idosos não tinham a pressão sistólica controlada e 4 (9,5%) não tinha a pressão diastólica controlada.

Glicemia

Determinaram-se no grupo de intervenção, no momento inicial, valores de glicemia capilar ocasional (2h após refeição), cuja média foi de 118,96 mg/dl, mediana 111mg/dl (DP = 43,95; Min =68;Max=260). Dos 46 idosos do grupo de intervenção, no momento inicial 37 (80,4%) apresentava a glicemia controlada, no momento da avaliação, e 9 (19,6%) apresentava valores de glicemia capilar acima de 140mg/dl. Não se verificou alteração significativa entre o momento inicial e final, Tabela 32.

Nos idosos do grupo de controlo, no momento final, o valor médio de glicemia foi de 108 mg/dl, mediana 105mg/dl (DP=27,43;Min =70;Max=191). Apresentavam valores de glicemia superior a 140mg/dl, 5 (11,9%) idosos.

Colesterol Total

Avaliou-se o colesterol total nos idosos do grupo de intervenção, no momento inicial, os valores médios foram 187,04mg/dl, mediana 187,50 (DP= 30,83;Min =115;Max=255). Dos idosos avaliados 25 (54,3%) apresentavam o colesterol em valores considerados normais. Verificou-se alteração significativa entre os valores de colesterol no momento inicial e final ($p=0,007$), Tabela 32.

Nos idosos do grupo de controlo no momento final, o valor médio de colesterol total foi de 185,76, mediana 177,50 (DP= 42,33;Min= 103;Max = 300). Dos idosos avaliados 14 (33,3%) apresentavam valores de colesterol total superiores a 200mg/dl.

Triglicéridos

Avaliou-se os valores de triglicéridos, aos idosos do grupo de intervenção, no momento inicial, tendo-se verificado uma média de 162,30mg/dl, mediana 149,00 (DP=85,77;Min=70;Max=351). Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a avaliação inicial e final, Tabela 32.

Nos idosos do grupo de controlo, no momento final, o valor médio de triglicéridos foi de 163,05, mediana 135,00 (DP=87,54;Min=70;Max=388). 17 (40,5%) Idosos tinham os valores de triglicéridos superiores a 150mg/dl.

Tabela 32***Avaliação de parâmetros analíticos grupo de intervenção***

Idosos - Grupo Intervenção n=46										
	PaMax Inicial	PaMax Final	PaMin Inicial	PaMin Final	Glicemia Inicail	Glicemia Final	Colesterol Inicial	Colesterol Final	Triglicéridos Inicial	Triglicéridos Final
Média	140,91	136,43	75,65	72,17	118,96	108,93	187,04	143,78	162,30	143,78
Mediana	140,00	140,00	75,00	70,00	111,00	103,50	187,50	121,00	149,00	121,00
Desvio Padrão	27,927	26,949	9,464	8,923	43,951	27,998	30,829	71,019	85,767	71,019
Mínimo	12	11	60	60	68	70	115	70	70	70
Máximo	190	200	100	95	260	218	255	292	351	292
p	0,074		0,024		0,067		0,007		0,079	

Aos idosos do grupo de controlo que apresentavam valores compatíveis com situação de saúde não controlada, foram aconselhados a marcar uma consulta médica e a inscreverem-se na consulta de enfermagem.

Segue-se a discussão dos resultados destes dois Estudos I e II, para não quebrar a sequência da sua leitura e compreensão dos mesmos. Seguir-se-á a este capítulo a análise e discussão dos achados, do Estudo III de abordagem qualitativa, através de *focus groups*. Optou-se por esta organização na sequência da apresentação dos resultados e achados e respectiva discussão, porque o Estudo III, de abordagem metodológica diferente, requer dinâmicas de análise diferentes, dos estudos quantitativos.

7. DISCUSSÃO

Partimos para o desenvolvimento do nosso projecto sustentada na proposta de realização de um estudo transversal seguindo-se-lhe um estudo aleatorizado e controlado, de intervenção não farmacológica e de um estudo qualitativo, utilizando *focus group*. Foi nosso propósito identificar características sociodemográficas dos idosos, avaliá-los de forma multidimensional relativamente à sua funcionalidade, características físicas, psicológicas, sociais e de hábitos, identificar a qualidade de vida e satisfação com a saúde por eles percebida, bem como as doenças auto-reportadas, a complexidade do regime terapêutico, a adesão à terapêutica e a identificação de factores de adesão e intervenções de enfermagem capazes de contribuir para o aumento da adesão dos idosos a um regime medicamentoso. Para validar os resultados obtidos e compreender melhor o fenómeno da gestão terapêutica das pessoas idosas, demos-lhe a “voz” através duma metodologia qualitativa, *focus groups*.

Moveu-nos a convicção de podermos contribuir para aumentar o conhecimento e compreensão do fenómeno da gestão de um regime terapêutico, com a concordância e adesão das pessoas idosas, às prescrições e recomendações dos profissionais de saúde, para que os enfermeiros possam no seu quotidiano (do cuidar profissional, conhecendo as pessoas idosas que cuidam, estando com elas, fazendo por elas quando for necessário, facilitando e capacitando-as no seu processo de gestão da doença crónica, no sentido do bem-estar e da melhor qualidade de vida possível) promover o auto-cuidado dessas pessoas através dum processo relacional e individualizando as intervenções. Há evidência suficiente, especialmente em áreas específicas, como a educação e do aconselhamento da pessoa, para reconhecer que as intervenções individualizadas são superiores a intervenções não individualizadas. A experiência da saúde é individual, portanto, as intervenções de enfermagem também devem ser individualizadas para cada pessoa (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008).

A adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção de enfermagem, quando as pessoas têm necessidade de cuidados profissionais, que contribuam para a sua capacitação e autonomia na gestão da sua doença crónica e as intervenções de enfermagem produzem nelas resultados positivos (CIPE, 2006,2009; ICN e Ordem Enfermeiros, 2008). Estabelecer parcerias com as pessoas e as famílias para promover a

adesão ao tratamento, constitui um desafio para a enfermagem, para que através dessas parcerias se obtenham ganhos em saúde nas pessoas, famílias e comunidade.

A pertinência do nosso estudo é evidenciar a importância das intervenções de enfermagem na adesão à medicação, nas pessoas idosas.

A preocupação com as intervenções que contribuem para a compressão da morbilidade (Fries, 1980, 2003) mantém-se pertinente, face ao avanço da idade e das doenças crónicas. A relevância do tema adesão terapêutica e a gestão do regime terapêutico continua actual apesar de mais de 40 anos de desenvolvimento de investigação sobre a adesão terapêutica, iniciada na década de 70, como refere Vermeire em 2001 e 2010. São muitos os estudos que concluem e recomendam que a abordagem de cuidar, independentemente do contexto em que ela ocorra, deve ser centrada na pessoa, que para gerir a doença crónica e o regime terapêutico é enquadrada numa equipa multidisciplinar de cuidados, com referência principalmente a médicos, enfermeiros, farmacêuticos e psicólogos (Banning 2008,2009; Busse et al, 2010; Conn,Taylor & Keller, 2009; Frich, 2002;Hughes, 2009; Miller, 2004; Ruppert et al, 2008;Von Korff et al, 1997;WHO, 2003,2007,2008).

Ulfvarson et al, 2007 num estudo realizado na Suécia, inquiriram 200 idosos, para avaliar a concordância com os medicamentos prescritos, através de auto-relatos. Procuraram também saber se os idosos consideravam suficiente o tempo que estavam com o médico e como enfermeiro e se a informação que lhes era transmitida contribuía para diminuir o risco de não adesão. Concluíram que quer o médico quer enfermeiro têm a responsabilidade de assegurar o tempo suficiente para dar a informação e atenção necessária às questões que as pessoas lhes colocam. Os enfermeiros têm a oportunidade e a competência, que lhes permite reunir um conjunto de dados, que garantam o conhecimento completo do regime medicamentoso das pessoas que cuidam. Muitas pessoas idosas têm vários prescritores e usam mais do que uma farmácia para adquirem os seus medicamentos, como resultado, nem o prescritor nem o farmacêutico têm o conhecimento total da complexidade do regime medicamentoso dessas pessoas. Os enfermeiros actuando como elo de ligação entre a pessoa, médico e o farmacêutico podem contribuir para que, essa pessoa possa gerir com maior eficácia o seu regime medicamentoso, assegurando eventualmente o incremento da adesão ao regime terapêutico.

Johnson et al, 2005, num estudo na Austrália, realçaram a importância do enfermeiro comunitário, na gestão do regime terapêutico, das pessoas idosas, através da comunicação integrada e continuada entre a equipa de saúde e social.

Busse et al, 2010 reforçam a ideia de que as estratégias, intervenções e mudanças, no combate à doença crónica na Europa, devem passar por intervenções multidisciplinares.

Os estudos nacionais não têm mostrado a existência desta equipa a funcionar eficazmente (Cabral e Silva, 2010). É evidenciado o papel do médico na relação médico-doente, que nem sempre é eficaz na adesão à medicação, como referem Cabral e Silva, 2010, p 135, *“duas grandes dimensões latentes subjazem, pois à relação com o médico durante a consulta: por um lado, uma dimensão que aponta para uma confiança genérica dos pacientes nos médicos e que está na base do que os psicólogos da doença designam por “relação mítica”... por outro lado, uma dimensão que aponta, em contra partida, para dificuldades e falta de opções às quais os médicos não se mostram sensíveis, em suma, a prevalência de um modelo comunicacional médico-doente do tipo tradicional, entre o “mítico” e o “paternalista”, que não oferece espaço para os doentes se exprimirem com mais autonomia e não contribui... para uma adesão à terapêutica efectiva”*. O diálogo, dos médicos com doentes, verificou-se em 15 a 20% dos casos. É reconhecida a importância do papel do farmacêutico, no aconselhamento e esclarecimento sobre as prescrições médicas, mas com *“uma certa tensão corporativa entre médicos e farmacêuticos, sobretudo destes últimos em relação aos primeiros”* Cabral e Silva, 2010,p 126. Ao longo do estudo não é feita nenhuma referência ao papel do enfermeiro.

A pessoa idosa, com múltiplas doenças crónicas, com um regime medicamentoso complexo, requer intervenções complexas, pois as intervenções que procuram mudanças de comportamento são complexas. Campbell et al, 2000 definiram intervenções complexas, como intervenções que englobam múltiplos componentes que podem actuar de forma independente ou interdependente.

Hallberg, 2006, 2009 definiu a enfermagem como uma actividade complexa, que recorre a intervenções complexas dotadas de um conjunto de componentes com um potencial de interacção entre eles, que quando aplicadas a uma determinada população alvo, produzem um conjunto muito variável de possíveis resultados.

Os estudos controlados e aleatorizados fazem parte da investigação epidemiológica desde a sua origem e têm tido relevância na medicina e na enfermagem baseada na evidência (Haynes et al, 2006a). Whitehead em 2000, refere que os estudos epidemiológicos podem contribuir com resultados significativos, para os enfermeiros incorporarem na sua prática profissional, reforçando a sua utilização enquanto metodologia de investigação. Richards & Hamers, 2008 afirmam que este tipo de estudos, não deve ser rejeitado por causa da falácia da complexidade das intervenções, pois têm um espaço importante para gerarem conhecimento para a enfermagem e contribuírem para o desenvolvimento da prática clínica, se utilizados a par de metodologias qualitativas (Blackwood, 2006; Campbel et al, 2000,2007; Dieppe, 2010; Grypdonck, 2006; Paterson et al, 2009; Van Meijel et al, 2004). Os estudos qualitativos quando implementados em “braços” do estudo principal podem reforçar a validade dos resultados.

Os métodos quantitativos e qualitativos combinam-se para responder à natureza diversificada das questões e à complexidade da temática em estudo (Creswell, 2003; Miles & Hubberman, 1994).

As intervenções complexas requerem diferentes abordagens metodológicas, pelo que consideramos que a metodologia utilizada (estudo transversal, estudo aleatorizado e controlado e metodologia qualitativa - *focus groups*) permitiu o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

No estudo transversal que realizámos procurámos efectuar uma avaliação multidimensional de idosos que vivem nas suas casas e que gerem a sua doença e o seu regime terapêutico permitindo-nos fazer uma descrição de múltiplas variáveis, descritas como preditores de não adesão e definir uma amostra para o estudo aleatorizado e controlado, onde procurámos avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem, no contexto da consulta de enfermagem.

O estudo aleatorizado e controlado realizado na consulta de enfermagem, permitiu medir a eficácia das intervenções de enfermagem.

As intervenções de enfermagem, com as pessoas idosas, com doença crónica, estabelecem-se num clima de confiança. Esta relação de confiança depende do

enfermeiro como pessoa e da sua capacidade relacional. A eficácia das intervenções estarão condicionadas à forma como o enfermeiro for capaz de realizar uma avaliação multidimensional adequada, que lhe permita estabelecer diagnósticos de enfermagem, que sustentem um plano de cuidados à pessoa e família, onde o aconselhamento, o ensino, as recomendações possam contribuir para promover a capacitação para o autocuidado. A monitorização das intervenções e dos resultados delas decorrentes permitem uma avaliação continuada e uma adequação permanente do plano terapêutico. A forma como o enfermeiro desenvolver a negociação e a parceria com a pessoa e família ajudá-los-á a tornarem-se activos na tomada de decisão e a exercer o seu direito de cidadania, nas questões relacionadas com a sua saúde (Frich, 2002; Nolan, 2004), com a motivação necessária, para concordarem em aderir a um regime terapêutico, estabelecido com a equipa de saúde. As intervenções pelo seu carácter complexo e o contexto em que se desenvolvem condicionam uma resposta individual da pessoa cuidada, podendo haver, por isso, variações nessas respostas ao longo do tempo.

A abordagem qualitativa, através de *focus group*, permitiu-nos ouvir as pessoas e perceber como elas percepcionavam o seu regime medicamentoso, o que representava para elas ter que tomar medicamentos e de que forma os incorporavam no seu modo de vida.

Justificada a pertinência do tema e as opções metodológicas, faremos de seguida uma discussão dos resultados do estudo I e II e no capítulo seguinte a apresentação dos achados e sua discussão, do estudo III.

Discussão do Estudo I e II

ESTUDO I

Escolhemos realizar os estudos num Centro de Saúde de Lisboa onde habitualmente os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem realizam momentos de aprendizagem, em Ensino Clínico e onde com eles desenvolvemos parte da nossa actividade pedagógica. Esta escolha deveu-se essencialmente, por um lado ao facto de considerarmos, que é no contexto de cuidados de saúde primários, que o enfermeiro, integrada numa equipa multidisciplinar, poderá ajudar a pessoa idosa e a sua família a gerir a sua doença crónica e por outro lado acreditamos que a aproximação do processo

educativo ao processo de cuidados de enfermagem clínica poderá contribuir para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, tal como refere Costa, 2005.

Cuidar em enfermagem é em primeiro lugar manter e desenvolver nas pessoas saúde, conforto e bem-estar, com uma intencionalidade, um grau de complexidade, que através da compreensibilidade do todo permite a recomposição das partes, mantendo a sua estrutura unificadora, a sua especificidade através dum suporte e ajuda aos seres humanos, característica indelével do agir técnico e relacional em enfermagem. A sua tecnicidade, os gestos simples que convivem com os actos mais complexos e a sua utilidade são socialmente compreensíveis e valorizados (Costa, 2008).

É na centralidade dos cuidados na pessoa e no contexto dos cuidados de saúde primários que o processo de gestão integrada da doença crónica se deverá desenvolver, afastando-nos dum modelo hospitalocêntrico, até agora dominante, longe do contexto de vida das pessoas e suas famílias (Busse et al, 2010; Rothman & Wagner, 2003; Von Korff et al, 1997; Wagner et al, 2001,2002; WHO, 2007). Em Portugal, sob o ponto de vista da governação na saúde e social, parece que essa linha condutora se iniciou com a criação da Divisão de Gestão Integrada da Doença Crónica (DGS), com o novo modelo de governação dos cuidados de saúde primários e o contributo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no entanto as mudanças são lentas e a sua concretização está longe de ser conseguida (OPSS, 2010). Os enfermeiros têm uma oportunidade, que poderá ser entendida como um desafio, para contribuírem para esta mudança, podendo desenvolver os cuidados de enfermagem, em parceria, num modelo centrado, na pessoa, na família e comunidade, na realidade de vida, em contexto, de cada pessoa idosa, contribuindo para aumentar o acesso, a equidade e a qualidade de cuidados que promovam bem-estar e qualidade de vida, a quem a eles recorra. É fundamental que para isso se identifiquem os recursos disponíveis na comunidade que possam contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença.

O nosso estudo descreve a realidade das pessoas idosas, inscritas num Centro de Saúde de Lisboa, não pretendendo ser representativa do universo de pessoas idosas, pelo que a generalização dos dados às pessoas idosas que vivem na comunidade não se aplica, muito embora não apresentem características sociodemográficas, físicas, psicológicas,

relacionadas com a doença e terapêutica, diferentes das que apresentam a população portuguesa.

O estudo teve algumas dificuldades iniciais, pois apesar de termos participado em actividades desenvolvidas na comunidade, pelas enfermarias do Centro de Saúde, onde divulgámos o estudo, de o termos também divulgado, para além do Centro de Saúde, na Junta de Freguesia, na Igreja e nos Centros de Dia da área de influência do centro, quando realizávamos o contacto telefónico para a marcação da entrevista e apesar de nos identificarmos como estando a trabalhar em colaboração com uma enfermeira do Centro de Saúde, foi muito difícil marcar as entrevistas e muitos idosos faltavam implicando nova marcação. Esta fase do estudo consumiu muito tempo. O contacto dos serviços de saúde, com as pessoas que os utilizam, não sendo regular, provoca algum espanto, e até desconfiança quando acontece, mas “ *será na relação entre profissionais e utentes, não subsistem dúvidas que, só com base na escuta activa, no envolvimento activo e sua família, no estímulo à participação na definição de um plano de intervenção especificamente orientado para as suas condições de saúde, é possível operacionalizar efectivamente os princípios subjacentes ao consentimento informado, potenciar a adesão consciente e activa ao que é proposto, reduzir o erro na prestação de cuidados e melhorar a qualidade dos cuidados*” OPSS, 2010,p.5

Os dados que pretendíamos colher eram de natureza multidisciplinar e porque previsivelmente, tendo por base as características da população idosa portuguesa, as pessoas a inquirir apresentariam baixa escolaridade e défices funcionais, optámos por aplicar um inquérito, sob a forma de entrevista. A entrevista directa e pessoal, em privacidade, constituiu a base de início da relação com o enfermeiro, em que o bem-estar da pessoa foi uma preocupação. O inquérito foi lido em voz alta, em frente à pessoa, para ela poder observar o que era registado e sempre que o inquiridor considerou possível e a pessoa queria, o inquérito foi de auto-preenchimento. Esta etapa como experiência humana foi muito rica, pois permitiu-nos perceber como as pessoas idosas gostam que se lhes dê um espaço para poderem falar com alguém com disponibilidade para as ouvir, estranhando e agradecendo o facto dos enfermeiros do Centro de Saúde as convocarem para as ouvir, no entanto o desvio ao conteúdo da entrevista, por parte das pessoas idosas foi frequente, surgindo, amiúdas vezes a necessidade de centrá-las nas questões que lhe tinham sido colocadas. Esta dificuldade

de gestão de tempo, por esta causa, justifica a demora média da entrevista. Este tempo utilizado na escuta das pessoas, está de acordo com outras situações de natureza idêntica, em estudos realizados com pessoas idosas, quer em contexto hospitalar, quer em contexto de cuidados de saúde primários (Cabete, 2005; Paúl et al, 2005).

A idade, sexo e escolaridade das pessoas que participaram no estudo é semelhante à distribuição encontrada noutros estudos (Botelho, 1999; Cabral e Silva, 2010; Oliveira et al, 2008; Soares, 2009), em que se verifica a maior prevalência do grupo de idosos com menos idade, maioritariamente do sexo feminino e com escolaridade baixa de nível 1 (ISCED). Estes resultados são semelhantes ao da população de Lisboa e do País (INE, 2009,2010).

Avaliação multidimensional

O instrumento de medida de avaliação multidimensional utilizado permitiu a descrição padronizada das características funcionais, biológicas, mentais, sociais e de hábitos, das pessoas inquiridas. Esta metodologia, como refere a autora do instrumento, permite um acompanhamento das características da pessoa idosa, que possam contribuir para o aumento da longevidade, para a "compressão" da morbilidade, diminuição da incapacidade e aumento da esperança de vida activa (Botelho, 2005,2008). O instrumento de medida multidimensional é o adoptado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e permite com avaliações sucessivas monitorizar o curso das características da pessoa idosa e adequar a cada momento as estratégias e os recursos necessários à optimização do bem-estar e a qualidade de vida. Em saúde, *"torna-se ... fundamental avaliar, de forma rigorosa, as necessidades em saúde ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, o que consiste num processo sistemático que visa estudar a relação entre os problemas de uma população e os recursos disponíveis, de forma a priorizar intervenções, melhorar os resultado e diminuir as desigualdades em saúde"* OPSS, 2010,p.5.

A avaliação multidimensional ajuda o enfermeiro a cumprir uma das etapas fundamentais da sua actuação, no processo interactivo de cuidar, permitindo-lhe caracterizar e conhecer alguns indicadores da pessoa de quem cuida, constituindo, esse conhecimento, a base de evidência para definição de intervenções preventivas e ou de recuperação das pessoas que cuida. Só a partir do conhecimento da pessoa e família se

podem delinear intervenções adequadas, no sentido do cuidar para o auto-cuidado universal (Orem, 1993).

A **auto-avaliação do estado de saúde** é a avaliação subjectiva que a própria pessoa faz da percepção da sua saúde.

Na população geral, em Portugal, em 2004/2005, 47,6% das mulheres consideravam o seu estado de saúde muito bom ou bom, 35,1% razoável e 17,2% mau ou muito mau. Os valores para os homens situavam-se em 19,6%, 30,1% e 10,3% nas correspondentes categorias (INE;2010).

Na nossa amostra, 61,1% pessoas idosas considera a sua saúde insatisfatória, o que está de acordo com um perfil sociodemográfico, segundo o qual as pessoas idosas revelam pior estado de saúde em comparação com a população mais jovem (Cabral e Silva, 2010; INSA/INE 2009, EPPEP, 2008), não se verificando diferença entre os idosos com mais idade e as mulheres. Estes resultados são sobreponíveis ao estudo de Botelho, 2005.

O **estado nutrição** da população estudada revela que (22% da população é obesa e 43% apresenta excesso de peso). Estes valores são também idênticos ao dos outros estudos realizados na população portuguesa (Botelho, 2005; Oliveira et al, 2008; INSA /INE, 2009; Perdigão et al, 2009; Soares, 2009). Comparativamente com a população geral, verifica-se que os valores no grupo de 65 ou mais anos são mais elevados, pois na população geral a prevalência dos homens adultos com excesso de peso (40,6%) era superior à das mulheres adultas (31,2%). Ao contrário, a obesidade nas mulheres era mais elevada (16,0%) do que nos homens (14,3%). A maior parte das mulheres regista um peso normal (48,4%) valor inferior em 6 pontos percentuais ao dos homens (INE, 2010).

Perante estes resultados é importante uma actuação preventiva, neste grupo etário, com a necessária articulação das intervenções de enfermagem, que se vierem a propor, com as preocupações nacionais e mundiais no controlo da obesidade. Devem ser consideradas medidas preventivas e de incentivo a mudanças de comportamento e controlo alimentar, numa perspectiva multidisciplinar. Concordamos com o que afirma Almeida, 2009,p 417 “*que haverá que ter em conta – acesso a alimentos adequados: a*

existência de comércio local acessível e/ou necessidade de apoio para a realização das compras; o custo dos alimentos, e em particular o custo e disponibilidade de alimentos saudáveis (e.g., legumes, frutas, peixe); - eventuais dificuldades – ou desmotivação (e.g. de quem passou a viver só) – na confecção das refeições informação/educação detalhada, atenta e adaptada as preferências e praticas culturais locais”

Relativamente às **quedas e locomoção**, estas variáveis foram avaliadas e apresentam valores favoráveis em mais de metade da população inquirida, não se verificando diferença no sexo e classes de idades. No entanto é de referir que 27,6 % da população é classificada com um estado insatisfatório relativamente às quedas. As quedas são um problema importante para os idosos, tornando-os vulneráveis e plasmando-se como sendo uma das principais causas de mortalidade e morbilidade, neste grupo populacional. As fracturas, a restrição da mobilidade e a perda de independência são problemas muito prevalentes nas pessoas idosas em consequências das quedas (Tanner et al, 2010;Tinetti,2003). A perda de mobilidade e autonomia são problemas das pessoas, sensíveis aos cuidados de enfermagem que merecem intervenções individualizadas. A avaliação e monitorização das quedas devem ser integradas na prática dos cuidados de enfermagem. Validar a Escala de Morse, para a população idosa portuguesa permitirá identificar os idosos com risco de queda, hierarquizar esse risco e implementar em função dele, as intervenções adequadas. Os enfermeiros na comunidade podem ter um papel tão interventivo e significativo como têm já em ambiente hospitalar onde as medidas preventivas implementadas se reflectem nas taxa de eficácia na prevenção das quedas e a tornam um indicador de qualidade de cuidados de enfermagem que contribuem para aumentar a segurança dos doentes internados.

Quanto à **autonomia física e instrumental** a maioria dos idosos são independentes. Verificou-se uma diferença entre os sexos na autonomia instrumental. Os homens apresentaram diferença, em relação às mulheres, nas tarefas de preparar as refeições, ir às compras, fazer a lida da casa e tomar medicamentos. Em termos de planeamento e gestão de cuidados este conhecimento é fundamental para se poder manter as pessoas independentes ou autónomas no seu ambiente habitual, na sua casa, com os recursos, de saúde, sociais e da comunidade civil necessários à manutenção da sua condição de saúde e bem-estar. Sabemos que o “uso do tempo” é diferente no homem e na mulher pelo que a adaptação a novas tarefas em idades avançadas da vida pode constituir um

problema acrescido. A reorganização do “uso do tempo” é um dos desafios que cada pessoa enfrenta quando se alteram as dinâmicas rotineiras, sobretudo se acontecerem de forma abrupta.

Ao relatarem o seu **do estado emocional**, metade dos inquiridos consideram-no mau, valor muito semelhante ao Oliveira et al, 2008, contudo ao contrário deste estudo, não se verificam diferenças no sexo e grupo etário considerados. É preocupante a forma como as pessoas idosas consideram o seu estado emocional. Avaliar os afectos, valorizar os recursos psicológicos internos de cada pessoa e fazer detecção precoce e respectivo encaminhamento das situações, para a área especializada, poderá contribuir de forma significativa para aumentar a saúde mental das pessoas idosas.

Quando avaliamos a **rede social**, considerando as variáveis estado civil, a escolaridade, as horas que vive só e se tem com quem desabafar, verificou-se que as mulheres estão mais sós, tal como nos estudos de Botelho, 2005 e Oliveira et al, 2008. A solidão no feminino tem surgido como uma realidade, as mulheres apresentam uma esperança de vida maior que a dos homens e após viuvez, voltam a casar numa percentagem mais baixa que os homens, ficando mais sós e apresentam também uma escolaridade inferior à dos homens (Fernandes, 2007).

Os idosos inquiridos apresentam **hábitos** satisfatórios relativamente a actividade física e número de refeições, também estes dados são semelhantes aos outros estudos realizados na população portuguesa (Botelho, 2005; Oliveira et al, 2008). A actividade física foi considerada “o número de horas que anda na rua”, tratando-se de uma amostra de pessoas que vive na comunidade na sua casa, sem dependência nas actividades física e instrumental, estes resultados são expectáveis. As actividades quotidianas e, em particular andar a pé, podem dar importante contributo para os níveis de actividade física diária aconselhável entre os idosos. Podem ser adaptadas diversas medidas para que os idosos possam ser estimulados a andar a pé de forma segura, na rua, no bairro onde moram, como sugere Almeida, 2009 p.417 *“condições locais (ao nível do bairro e localidade) que favoreçam andarem a pé... estado dos pisos e outras condições de circulação de peões, segurança, espaços verdes, bancos, iluminação, sistema de transportes... oferta de actividades que se adequem a diversas apetências e capacidades – incluindo programas de exercício em casa e adaptados para as pessoas com maior fragilidade.”*

O facto de relativamente ao número de refeições e actividade física os idosos inquiridos apresentarem situação favorável, mas simultaneamente apresentarem obesidade ou excesso, poderemos estar perante a sobrevalorização dos comportamentos considerados aceitáveis. O reforço da informação sobre a adequação da actividade física e alimentação, neste grupo em particular, deve constituir, no nosso entender uma forma de actuação da equipa de saúde e nomeadamente dos enfermeiros.

O perfil da amostra inquirida é: maioritariamente mulheres, com fraco estado de saúde percebido, com excesso de peso, com insatisfatório estado emocional e social devido sobretudo a queixas de tristeza e isolamento. Este perfil é semelhante ao do estudo de Oliveira et al, 2008, excepto no que se refere a hábitos, que nesta amostra surge como favorável e na população portuguesa é desfavorável.

O tipo de avaliação multidimensional que realizámos, permite adequar intervenções preventivas e ou de recuperação e acompanhamento das pessoas idosas e com avaliações sucessivas interpretar e redefinir novas as intervenções, como refere Botelho, 2005.

Avaliámos a **qualidade de vida e satisfação com a saúde**, indicadores subjectivos, que nos podem indicar, como refere Paúl et al.2005, o tipo de envelhecimento bem-sucedido da pessoa. A nossa amostra caracteriza-se por pessoas idosas que referem a sua qualidade de vida, maioritariamente, que “nem é boa é nem má” e que estão “insatisfeitos” ou “nem satisfeito nem insatisfeito” com a saúde. Esta avaliação é congruente com a percepção do estado de saúde, que aqui se repercute na percepção da qualidade de vida. De acordo com os estudos de Paúl et al, 2005, Canavarró et al, 2007 e Paskulin & Molzahn, 2007, a qualidade de vida dos idosos que residem na comunidade, parece estar associada a autonomia funcional, a níveis de instrução, a níveis integração social, relacionada com isolamento e com o dinheiro suficiente, para além da satisfação com a saúde e o significado que a vida tem para eles.

No nosso estudo a qualidade de vida surge associada à idade, ao nível de instrução, ao estado de saúde, à autonomia instrumental, bem como ao estado emocional e hábitos e também aos medicamentos e complexidade regime medicamentoso.

A satisfação com a saúde surge associada ao nível de instrução e estado de saúde bem como às quedas e locomoção, autonomia instrumental, hábitos e ao número de medicamentos e complexidade do regime medicamentoso.

Os indicadores de satisfação e de qualidade de vida parecem não estar associados ao género, como no estudo de Paúl et al 2005 e tal como ela refere, também nos fica a questão se será que as diferenças de género se esbatem com a idade.

O número de medicamentos e a complexidade do regime medicamentoso parece estar associado á qualidade de vida e satisfação com a saúde. Ao verificar-se esta associação, a utilização da qualidade de vida como medida de resultado na gestão dos medicamentos parece pertinente.

Aceder à qualidade de vida das pessoas idosas parece ser um caminho importante para aprendermos a conhecê-las podendo utilizar esse conhecimento numa perspectiva de planeamento em saúde e de cuidados de enfermagem às pessoas idosas e avaliação económica da saúde.

A saúde e o bem-estar das pessoas vai muito para além das manifestações de doença e incapacidade, os factores socioeconómicos interferem significativamente na saúde das pessoas, o dinheiro ou a falta dele predispõem o idoso à pobreza, sobretudo os mais velhos e com menos instrução e que vivem sós, predispondo-os à necessidade de apoio de redes de sociais e de saúde e suporte familiar que devem ser mobilizados. O desenvolvimento da sociedade deve traduzir-se necessariamente em protecção das pessoas mais desfavorecidas para que possam viver com autonomia e dignidade até ao fim da vida.

O perfil da população estudada identifica-nos possíveis desigualdades de género, como as descritas por Fernandes et al, 2006, as desigualdades do género, na saúde e no acesso aos cuidados de saúde. Estes dados devem condicionar a formulação de políticas que contribuam para esbater estas desigualdades. O pressuposto ético e legal no direito à saúde deverá traduzir-se na preocupação de eliminar estas diferenças de saúde decorrentes de grupos da população de base social, económica, demográfica ou geográfica. Como refere, Almeida, 2009 *“não basta visar a melhoria da saúde e bem-estar da população idosa como um todo – importa simultaneamente vigiar como tais*

ganhos se reflectem nos diversos subgrupos e explicitar objectivos e medidas visando a redução das desigualdades de saúde que actualmente se observam entre pessoas de diferentes nível de escolaridade, rendimento, género ou local de residência”

É importante o investimento em políticas de saúde para as pessoas com 65 ou mais anos. Os conceitos de saúde pública têm habitualmente centrado o seu olhar sobre os constructos da mortalidade, morbilidade, com destaque evidente para as doenças crónicas e auto-percepção do estado de saúde e indicadores de funcionalidade e incapacidade, o envelhecimento activo vem, por ventura, contribuir para orientar as questões, mais marcantes para a saúde das pessoas idosas, descentrando o olhar sobre a doença e a incapacidade e centrando-o na pessoa e nas suas perspectivas de saúde bem-estar e qualidade de vida. Os estudos sobre a saúde das pessoas com mais idade, na Europa podem vir a ajudar a definir melhores condições para os idosos (Mackenbach, 2005; MAGGIE, 2010).

Nolan et al, 2001 e 2004 ao desenvolverem a teoria dos sentidos, para suportar os cuidados de enfermagem às pessoas idosas, propuseram e evidenciaram, dar significado às pessoas idosas, às suas famílias e aos cuidados de enfermagem. No contexto das relações de cuidar os sentidos da “segurança”, da “continuidade”, da “pertença”, do “propósito”, da “realização” e do “significado” procuram atender às necessidades dos idosos vulneráveis e melhorar a sua qualidade de vida e satisfação com a saúde.

Cuidar de idosos implica não esquecer os factores estruturais e simultaneamente ter em conta os elementos subjectivos do envelhecimento que podem condicionar o bem-estar, a satisfação com a saúde e a qualidade de vida da pessoa. Orem (1993) segundo a sua teoria define a prática de cuidados de enfermagem, através do auto cuidado terapêutico, que procura ajudar a pessoa que está incapaz para o auto-cuidado contínuo e eficaz (seja ele de natureza universal, de desenvolvimento ou de desvio de saúde) a adquiri-lo, dentro das suas possibilidades. Meleis e Trangenstein, 1994 consideram que as intervenções de enfermagem têm a intenção de promover, recuperar ou facilitar a saúde das pessoas. Seja qual for o modelo teórico de enfermagem que suporta a interacção do enfermeiro com a pessoa que cuida, começa necessariamente com um conhecimento profundo dessa pessoa, em torno das suas necessidades, de acordo com o seu desenvolvimento, dos seus recursos pessoais, sociais, da sua cultura e do ambiente em que ela vive para que a organização das intervenções que se impõem únicas e

complexas, negociadas e acordadas com a pessoa que vai ser alvo de cuidados, possam corresponder às suas reais necessidades de auto-cuidado, cuja capacidade é inerente ao ser humano, mas que num determinado momento pode estar deficitário a diferentes níveis. O enfermeiro pode desenvolver intervenções de ajuda, de assistência, de suporte, de facilitação e de incentivo à pessoa idosa (Moniz, 2003) e como diz Hesbeen (2000,2001) as *pequenas coisas*, aparentemente tão anódinas, tão pouco sofisticadas e pouco aparatosas, que fazendo parte da vida de todos nós, são necessárias à promoção e manutenção da saúde e que por vezes são tanto ou mais necessárias que as acções complicadas, de alto tecnicismo, pois são elas que podem dar sentido à vida, alimentar a esperança, tranquilizar ou que animam quando a preocupação e a solidão se fazem sentir. Esta é muitas vezes a realidade do dia a dia do enfermeiro que cuida de idoso na comunidade e para os quais tem que encontrar caminhos que melhorem o bem-estar e a qualidade de vida dessa pessoa, no seu contexto de vida e com os recursos disponíveis.

Depois da avaliação e caracterização das necessidades centradas na pessoa, fizemos a avaliação centrada na doença e no regime medicamentoso. Pediu-se às pessoas que identificassem as doenças que lhe tinham sido diagnosticadas pelo médico, **declararam** uma média de 3 **doenças**, com mínimo de 0 e máximo de 7 doenças. De acordo com outros estudos é comum a simultaneidade de várias doenças, na mesma pessoa, neste grupo etário. No estudo de Soares, 2009 a média de doenças auto-relatadas é de 4 e noutros são declaradas 5 ou 6 doenças diagnosticadas (Bushardt & Jones, 2005; Roth & Ivey, 2005; Ulfvarson et al, 2007; van Dulmen et al, 2007). As doenças que, dada a probabilidade de elevada mortalidade e morbilidade requerem atenção especial, são as cardiovasculares, a hipertensão, a hipercolesterolemia, a diabetes, a osteoporose, a asma, a depressão e a dor crónica, entre outras (Carneiro, 2004; Christensen et al, 2009; Mackenbach, 2005; Mann, 2009; Simonson & Feinberg, 2005; WHO, 2003,2007,2008). O auto-relato, é um modo fiável de avaliar as doenças nas pessoas idosas com diabetes, menos a depressão e precisa de confirmação nos idosos com hipertensão e asma, foi o que concluíram Leikauf e Federman, 2009. No nosso estudo o valor declarado de doenças diagnosticadas pode estar subestimado (Christensen et al, 2009). No desenvolvimento do estudo de intervenção, foi feita a confirmação do diagnóstico com o médico de família.

A doença mais declarada foi a hipertensão, o colesterol elevado e a diabetes com valores semelhantes aos do Inquérito Nacional de Saúde (2009), do estudo AMALIA, 2009 e Soares, 2009. A diabetes surge como uma grande preocupação sobretudo nos mais velhos. O recente estudo de Gardete et al, 2009, evidência a prevalência elevada da diabetes no grupo dos 60-79 anos e com o envelhecimento da população é espectável que estes valores continuem a aumentar. Os custos directos com a doença (medicamentos, tiras de teste e hospitalizações) são hoje, já muito elevados. O excesso de peso, a obesidade e a actividade física, são factores de risco em que é imprescindível investir no seu controlo.

De acordo com o OPSS, 2010, *“não foi desenvolvido nenhum processo objectivo que consolidasse a educação terapêutica como estratégia de intervenção, não estando esta actividade estruturada a nível organizacional”*. Pensamos que a nível da organização dos cuidados de enfermagem ao doente diabético, em cuidados de saúde primários e concretamente ao idoso com diabetes *mellitus*, as consultas de enfermagem, são contextos privilegiadas de cuidados onde as intervenções de educação terapêutica, fundamentalmente individualizadas, podem contribuir para aumentar a eficácia da gestão do regime terapêutico, desenvolvendo suporte concreto para a capacitação de auto-cuidado do doente. É importante considerar a pertinência desta intervenção e valorizá-lo financeiramente como indicador mensurável. *“A eficaz gestão da doença passa pela aquisição de competências e saberes que levem o indivíduo com diabetes assumir um papel activo na gestão da sua doença crónica”* mas não se esgotam com esta medida, já que face à sua complexidade, esta doença, requer uma intervenção integrada entre cuidados de saúde primárias, hospitais, legislativa, etc OPSS, 2010,p.35

A hipertensão não deve ser descorada, já que o impacto que tem na mortalidade, morbilidade e qualidade de vida dos doentes é também significativo.

Verificou-se que a co-morbilidade (hipertensão, diabetes e colesterol elevado) é um predictor de polimedicação, confirmando que a terapêutica medicamentosa é uma medida terapêutica adoptada para o tratamento destas doenças. A medicação utilizada como resposta aos problemas de saúde tem conduzido a um melhor controlo das doenças contribuindo para diminuição da mortalidade, morbilidade e melhorar a satisfação das pessoas com a sua saúde, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida. É uma tecnologia que não é isenta de riscos e quando estes ultrapassam os benefícios

deixa de fazer sentido a sua utilização, sobretudo se ela for uma utilização inapropriada (Fick et al, 2004; Ireland, 1996; Mallet, Spinewine & Huang, 2007; Soares, 2009; Walker et al, 1999).

Dos idosos inquiridos o número médio de **medicamentos prescritos** é de 5,61. Uma das pessoas inquiridas tinha 18 medicamentos prescritos. A polimedicação (simultaneidade de 4 ou mais medicamentos prescritos) foi identificada em 72,1% dos inquiridos. Estes valores são semelhantes aos reportados em estudo nacionais e internacionais, para este grupo etário (Cabral e Silva, 2010; Halling et al, 2006; Hamilton et al, 2009; Monane et al 1997, Murray & Kroenke, 200; Rollason & Vogt, 2003; Silva, Luís e Biscaia, 2004; Soares, 2009; Viktil et al, 2006). A polimedicação está associada a reacções adversas, a aumento de interacções medicamentosas, diminuição da adesão, aumento dos custos para o doente, dificuldade na sua educação terapêutica e diminuição da qualidade de vida (Ireland, 1996). A prescrição de medicamentos deve ser o mais simples possível e adequada às necessidades e possibilidades da pessoa idosa.

Ao **classificar os medicamentos**, verificou-se que o grupo de medicamentos mais prescrito é o do sistema cardiovascular, seguindo-se o nervoso, o digestivo e músculo-esquelético, o que está em conformidade com as patologias auto-relatadas e estudos semelhantes (Cabral e Silva, 2010; INSA/INE, 2009; Roth & Ivey, 2005; Jyrkkä et al, 2006; Soares, 2009). As **formas farmacêuticas** mais tomadas pelos idosos são as formas sólidas (comprimidos, cápsulas e drageias) que correspondem a 85,9%, do total de formas farmacêuticas prescritas. Estes resultados estão em conformidade com a população do estudo (pessoas idosas com doença crónica que vivem na comunidade e que recorrem aos serviços de cuidados de saúde primários) e com as estatísticas do medicamento (Beers, 2004; Fick et al, 2003; Guerreiro et al, 2005; Infarmed, 2008).

O **Índice de Complexidade Medicamentosa**, traduz a complexidade do regime medicamentoso, considerando a frequência das tomas, as acções mecânicas necessárias a cada toma e as informações adicionais inerentes a cada medicamento, que garantam uma utilização segura e eficaz dos medicamentos prescritos, de acordo com as indicações dos profissionais de saúde. Os estudos de Conn, Taylor & Keller, 1991; Griffiths et al, 2004; Hayes, 1998; Hayes, 1999; Johnson et al, 2005; Maddigan, et al, 2003; Pavlides, 1993; Swanlund, 2008; Vik et al, 2006, utilizaram o ICM, para

determinar a complexidade do regime terapêutico. Os valores médios do ICM, reportados são semelhantes aos do nosso estudo. Com este instrumento é possível avaliar a complexidade do regime terapêutico e relevar a importância que tem o seu conhecimento para o planeamento dos cuidados de enfermagem, tomando por referência a Teoria de Déficit de Auto-cuidado (Orem) e a gestão de medicamentos pela pessoa idosa. O ICM é um indicador importante para avaliar a procura de auto-cuidado terapêutico, pois requer pelo menos acções cognitivas e físicas do próprio, ou social se precisar de apoio de outra pessoa cuidadora (Maddigan et al, 2003; Conn, Taylor & Keller, 1995) e prever as intervenções mais adequadas a cada situação. Recentemente foi validado para a população brasileira outro instrumento de medida da complexidade do regime terapêutico (Melchior, Corrêa, Fernández-Llamos, 2007), não foi validado na população portuguesa e surgiu depois de termos iniciado o estudo. Mais do que um número, o ICM permite perceber de que forma se pode ajudar o doente a otimizar os recursos adequados a uma gestão eficaz dos medicamentos e identificar que ajuda precisa perante a especificidade e complexidade do regime medicamentoso.

No nosso estudo observou-se correlação entre o ICM e as doenças auto-relatadas. Corsonello et al, 2009 encontrou correlação entre o ICM e a não adesão. O baixo nível educacional e o número de medicamentos aumenta o risco de não adesão (Ulfvarson et al, 2006), pelo que será possível considerar que a polimedicação como factor de não adesão e a complexidade do regime medicamentoso acentuem a não adesão à medicação. Menor número de medicamentos diferentes por dia, menos tomas, simplificará a gestão do regime medicamentoso e poderá contribuir para aumentar a adesão.

Os conceitos centrais do nosso trabalho são a **adesão** e a gestão do regime terapêutico decorrentes da gestão da doença crónica. Apesar dos estudos sobre adesão medicamentosa se terem iniciado há várias décadas continuam a existir lacunas no conhecimento sobre qual a melhor abordagem às pessoas, para que concordem e adiram às recomendações dos profissionais de saúde. Abordámos a adesão como a medida em que o comportamento da pessoa idosa é concordante com as recomendações do prestador de cuidados relativas à medicação prescrita, que se traduz numa aceitação voluntária e não imposta, em que a pessoa partilha a responsabilidade de seguir determinadas indicações do prestador de cuidados de saúde. O conceito de adesão é

mais abrangente, do que aqui o considerámos, abordámos apenas a adesão aos medicamentos, mas as actividades de adesão vão para além de tomar medicamentos. Fazer mudanças no estilo de vida, incluindo dieta, exercício, cessação do tabagismo, marcar consultas de cuidados de saúde e comparecer às mesmas, bem como a auto-gestão de outros comportamentos que melhoram a saúde e os resultados dos cuidados, são actividades de adesão (Cabral e Silva, 2010; Haynes, 2009; ICN & Ordem Enfermeiros, 2008). Decidimos, para iniciar o estudo desta temática, apenas considerar uma das facetas da adesão e começámos pela adesão à medicação como objecto de estudo, proporemos no futuro, continuar o estudo de adesão ao regime terapêutico, nas outras facetas, assumimos por isso, uma limitação do estudo, relativamente à gestão do regime terapêutico. Considerámos que estudar a adesão na pessoa idosa, não particularizando cada uma das doenças *per si*, foi a melhor abordagem, resultando assim na não hierarquização das doenças quando presentes em simultâneo na mesma pessoa, sendo abordadas de acordo com as dificuldades apresentadas por elas em cada consulta. Procurámos conhecer não só o grau de concordância com a medicação prescrita, mas também quais os factores que podem estar relacionados com a adesão, as razões de não adesão e quais as intervenções de ajuda na gestão da medicação que as pessoas consideram como necessárias ao seu processo de gestão da doença.

A adesão foi avaliada de forma global e parcial. Os resultados indicam que, em média o nível de adesão global declarado é muito elevado (4,35), para um máximo de 5, o mesmo acontece para cada uma das facetas de adesão à toma, à hora, por se sentir melhor, por se sentir pior ou por ter deixado acabar os medicamentos. No entanto ao considerarmos aderente as pessoas idosas que declararam pontuação 5 a todas as facetas, adesão total, apenas 19,7 % tinham comportamento aderente. Ao solicitarmos à pessoa, para identificar factores de não adesão, percepcionámos a sobrevalorização do comportamento adequado de adesão. Estes valores médios de adesão são semelhantes aos de Soares 2009, que numa escala de valor máximo 42, obtêm um *score* médio de 38,2 e Cabral e Silva, numa escala de 1-10, obtêm um valor global médio de 8,78, igualmente muito elevados. Este último estudo refere que as mulheres e os mais velhos, com idades superiores a 50 anos, independentemente do nível de escolaridade e do estatuto socioprofissional, são os que apresentam níveis de incumprimento mais baixos.

Os instrumentos de medida utilizados, os “auto-relatos” são úteis, de fácil aplicação e de baixo custo, mas não são considerados ideais devido à fiabilidade dos resultados que se obtêm com a sua aplicação, ao sobrevalorizarem comportamentos de adesão (Haynes, 2009; Hawhshead e Krousel-Wood, 2007; Prado, Kupek e Mion, 2007; Orwig, et al, 2006; Roth e Ivey, 2005). As pessoas sobretudo, se não têm uma relação de confiança com a pessoa que os está a inquirir, tendem a declarar o comportamento que julgam como o mais adequado (Cook et al, 2005; Farmer, 1999; Fialko et al, 2008; Jerant et al, 2008; Krousel- Wood et al, 2009; Osterberg e Blaschke, 2005; Vermeire et al, 2010).

Apesar das limitações encontradas nos diferentes métodos directos e indirectos de avaliação da adesão ainda não foi encontrado o instrumento que sirva de referência à avaliação da adesão (Osterberg e Blaschke, 2005; Vermeire, 2010) e o auto – relato comparado com outros métodos, nomeadamente contagem de comprimidos, não apresenta resultados muito diferentes (Cook et al, 2005; Hawhshead, J & Krousel-Wood, 2007; Krousel-Wood et al, 2009).

Ao avaliar a adesão apenas com o auto-relato, assumimos que o valor encontrado pode estar sobrevalorizado, mas do que sabemos sobre a fiabilidade de outros instrumentos, não estaria garantido que teríamos melhores resultados com a utilização de outro método de medida em simultâneo. Ao avaliar a adesão ao regime medicamentoso complexo, prevalente na pessoa idosa, onde subsistem, várias doenças crónicas em simultâneo e não uma determinada doença isoladamente, de terapêutica de curto prazo, em particular, é muito difícil conseguir obter dados fiáveis com qualquer instrumento de medida. Os estudos que indicam mais do que um instrumento de medida, estão a estudar apenas adesão a uma doença individualmente, hipertensão, diabetes, controlo da coagulação ou osteoporose (Jerant et al, 2008; Hawkshead & Krousel-Wood, 2007; Prado, Kupek & Mion, 2007; Roth e Ivey, 2005). Assumimos esta limitação e com este conhecimento, não excluimos do Estudo II, as pessoas que declaram aderir à medicação, pois considerámos que ao longo do tempo o estabelecimento de uma relação de confiança como enfermeiro, permitiria obter dados mais próximos do real comportamento das pessoas e assim não as estaríamos a privar, por critério de exclusão numérico, do acesso a cuidados, que eventualmente lhe seriam úteis. Decidimos não utilizar outro método de avaliação, pois o que se nos afigurava como o possível de ser utilizado era a contagem de comprimidos e este método a ser utilizado, não nos garantia

um valor de adesão mais próximo do valor real do que o auto-relato, trazendo ao estudo dificuldades logísticas acrescidas, nomeadamente porque as pessoas não compram sempre os medicamentos na mesma farmácia, não guardam todas as caixas vazias e como vão a casa de familiares, onde têm outras caixas de medicamentos, para contornar esquecimentos, seria muito difícil o controlo da sua aplicação durante seis meses. Williams, Manias e Walker, 2010, num estudo aleatorizado e controlado, com intervenção multifactorial e multiprofissional (médicos e enfermeiros), em doentes adultos com hipertensão, diabetes e doença renal em simultâneo, porque tiveram uma participação muito baixa no estudo e por perda das caixas por parte dos doentes, não conseguiram medir adesão, por contagem de comprimidos, acabando por avaliar a adesão por auto-relato de Morisk et al.1996. Haynes, 2009 continua a referir que a falta de uma medida excepcional, “*gold standart*” para avaliar a adesão é um problema para os estudos.

No nosso estudo, a prevalência de adesão não é diferente no sexo nem nas pessoas de mais idade. A adesão está associada à autonomia física, à polimedicação, ao conhecimento dos medicamentos e a co-morbilidade. Num modelo de adesão versus co-variáveis verifica-se associação da adesão à autonomia física e à polimedicação.

Nos vários estudos que identificaram factores de adesão, verifica-se variabilidade nos resultados, comprovando a complexidade do fenómeno “adesão à medicação”. Ulfvarson et al 2006, identificaram o estado de saúde auto-reportado e a polimedicação, como factores de adesão, Corsonello et al, 2009 identificaram factores de não adesão o ter mais idade, ter um valor de MMS inferior a 24 e estar polimedicado, Sidall, 2005 identificou a complexidade do regime medicamentoso, Kripalani et al, 2006 identificaram o nível de instrução e o valor de MMS inferior a 24, Burge et al, 2005 a importância de conhecer os medicamentos, ter confiança no profissional de saúde que lhe explica os medicamentos, o número de medicamentos, o estado funcional e o estado de saúde como factores de adesão.

Da análise **dos motivos para a falta parcial de adesão á medicação**, o esquecimento é o motivo mais prevalente, mas o não ter os medicamentos consigo, não tomar de vez enquanto os medicamentos não faz mal, não ter dinheiro para comprar os medicamentos, não gostar de tomar medicamentos, estar ocupado e deixar acabar os medicamentos são os motivos mais evocados para a falta de adesão.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados na população portuguesa idosa, no estudo de Soares, 2009 que identifica como factores de não adesão, o esquecimento (32,2%), não precisar dos medicamentos (16,6%) e por se sentir melhor (14,4%).

No estudo de Cabral e Silva, 2010, p 127 *“no que diz respeito aos motivos práticos que, segundo a generalidade da população, podem levar à falta de adesão à terapêutica, verificou-se que perto de metade dos portugueses acredita que o esquecimento é o principal motivo prático; segue-se a falta de recursos económicos. O terço restante refere” preguiça” – ou melhor a negligência – como factor para não aderir à terapêutica, bem como uma série de outros motivos: a falta de instrução; não querer ou não gostar de tomar medicamentos, e adormecer antes da hora a que devia tomar a medicação. Entre os motivos de segunda ordem, a falta de recursos económicos assume a maior importância, seguindo-se o esquecimento e a falta de instrução. Como motivo de terceira ordem, a relutância em tomar medicamentos e as dificuldades económicas são os mais apontados”*. Com os dados obtidos neste estudo, na população portuguesa, foi possível aos autores agruparem os factores para a falta de adesão á terapêutica. Referem que *“...por um lado, a negligência ou a falta de planeamento, e por outro, os baixos recursos económicos e a falta de instrução configuram os perfis atitudinais da população em geral perante a adesão à terapêutica”* Cabral e Silva, 2010, p 127. *“As características dos medicamentos e a evolução dos tratamentos também condicionam a adesão à terapêutica e neste plano, para cerca de metade dos portugueses, a falta de adesão dever-se-ia, a sentirem-se melhor ou queixarem-se dos efeitos secundários dos medicamentos. Tanto o sentirem-se melhor como o sentirem-se pior podem contribuir para a falta de adesão....surge também a importância do doente duvidar da eficácia do tratamento”* Cabral e Silva, 2010, p 128. A relação de confiança entre o médico e o paciente é um dos pilares para o êxito da terapêutica, afirmam Cabral e Silva. *“Na opinião dos inquiridos, o receio dos pacientes em fazerem perguntas e de pedir esclarecimentos aos médicos, bem como o facto de não prestarem atenção quando os médicos estão a explicar o tratamento, são as principais razões, no que diz respeito à relação médico-paciente, que contribuem para as pessoas não aderirem à terapêutica. A falta de compreensão das vantagens do tratamento, por parte do paciente, é a razão mais referida a seguir, surgindo por último a falta de confiança no médico”* Cabral e Silva, 2010, p 129.

Consideramos que o esquecimento, no caso das pessoas idosas, poderá ser uma situação de não adesão não intencional, que merece uma atenção especial por parte dos cuidadores formais e não formais. O processo de envelhecimento pode provocar alterações na memória de evocação de curto prazo e por essa razão a pessoa idosa, esquecer-se de tomar a medicação, numa atitude de não adesão não intencional e não numa atitude negligente.

A relação com os profissionais é indicada como factor de adesão, muito importante. As pessoas tendem a dar valor a quem as ouve e a quem valoriza as suas preocupações, se para isso lhe derem oportunidade.

Quando pedimos às pessoas para nos dizerem se precisavam de **ajuda na gestão do regime medicamentoso**, um terço das pessoas idosas inquiridas declarou **precisar de ajuda**, por ter dificuldade em seguir integralmente as indicações dos profissionais de saúde. Identificaram como **ajudas possíveis** – a informação sobre os medicamentos, explicações sobre o regime, ajuda na interpretar das indicações dadas e ajuda a encher as caixas dispensadoras.

A referência que as pessoas fazem à falta de informação, e explicitação do próprio regime terapêutico, desperta-nos para a necessidade de acções educativas individualizadas sobre os medicamentos que têm prescrito e ao questionamento, porque estão neste estágio, se algumas delas têm os medicamentos prescritos há alguns anos. Saber o que aconteceu ou não aconteceu, para que as pessoas continuem com dificuldades, é determinante para a organização dos cuidados. O médico prescritor, o enfermeiro ou o farmacêutico têm que ter consciência desta realidade se de facto querem de forma integrada ajudar as pessoas a aderirem à terapêutica. Só desocultando estas situações poderemos actuar. Ao darmos voz às pessoas percebemos o que realmente as preocupa e de que forma as podemos ajudar, de forma sistemática e continuada, garantindo-lhes um espaço de confiança, onde possam tirar dúvidas, explicitar receios, diminuir angustias e adquiram competências de auto-cuidado, recebendo a informação e o acompanhamento pertinente e assumindo simultaneamente o compromisso de seguimento das indicações dos profissionais, se as entenderem como úteis.

Este estudo permitiu-nos avaliar as capacidades das pessoas idosas para gerir o regime medicamentoso, de forma completa, já que avaliamos a capacidade cognitiva, funcional (actividades de vida e instrumentais), emocionais, social, de satisfação com a saúde e qualidade de vida, conhecimento dos medicamentos prescritos, adesão, motivos de não adesão identificando possíveis ajudas. Estas são variáveis identificadas, por vários estudos, que ajudam a perceber e a avaliar a capacidade das pessoas idosas para gerirem os seus medicamentos e determinar com elas as intervenções facilitadoras da gestão do regime medicamentoso eficaz, para atingir a melhor adesão possível (Banning, 2008; Bergman-Evans, 2006; Carson et al, 2005; Conn, Taylor & Kelley, 1991, 1995; DiMatteo, M.R., 2004; Ellenbecker et al, 2004; Elliot et al, 2006; Farris & Phillips, 2008; Hayes, 1998; Kripalani et al, 2006; Lau et al, 2008; Swanlund et al, 2008; Ulfvarson et al, 2006).

O enfermeiro, enquanto prestador de cuidados, avalia, diagnostica, não a doença, mas problemas das pessoas e família, intervêm através de acções específicas e avalia os resultados das suas intervenções ou acções numa forma contínua. O enfermeiro cuida num “acto de vida, que tem primeiro e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar a desenvolver-se...” (Coliere, 1989), num “campo de conhecimentos e serviço humano, que visa satisfazer os limites da pessoa no exercício do auto-cuidado, ligado à saúde e a reforçar as suas capacidades de auto-cuidado” Orem, 1993. “Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas.... Todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença; um conhecimento de saúde-doença, interacções ambiente-pessoa; um conhecimento do processo de cuidar; um auto-conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar” Watson, 2002. Ajudar uma pessoa idosa a gerir a sua medicação e a aderir à medicação, implica que o enfermeiro, segundo Benner (2001) faça uso de alguns dos domínios dos cuidados de enfermagem: a função de ajuda, de educação e guia, de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente e administrar e acompanhar os protocolos terapêuticos. Cuidar da pessoa idosa e ajudá-la a aderir à adesão, conduz o enfermeiro a avaliar o risco de não adesão (aspectos físicos, mentais, comportamentais, socio-culturais, ambientais e espirituais), a identificar os diagnósticos e os motivos de não adesão, conhecendo bem, a motivação e o significado que a pessoa tem para aderir à terapêutica. Proporcionar intervenções que em cada momento são adequadas e

pertinentes à pessoa idosa e família, com base na avaliação contínua que vai fazendo, é a essência do cuidar em enfermagem. Em colaboração com os outros profissionais de saúde desempenha um papel importante na otimização da adesão ao tratamento ao nível da pessoa, família, da comunidade e do sistema de saúde e com eles deve dialogar para a melhor compreensão da pessoa e adequação das intervenções (ICN/Ordem Enfermeiros, 2009; Ulfvarson et al, 2006; Miller, 2004; Curry et al, 2005; Dingwall, 2007; OMS, 2003).

O papel do enfermeiro na equipa de saúde, na gestão da doença crónica e na gestão medicamentosa em particular, deve centrar-se fundamentalmente nas preocupações com a pessoa, procurando identificar e corrigir com os outros técnicos da equipa de saúde (médicos e farmacêuticos), as prescrições inapropriadas que possam produzir mal estar na pessoa ou efeitos adversos e juntos ajudarem essa pessoa a gerir a sua doença crónica. Os cuidados de enfermagem, no nosso entender não devem caminhar para a rescrição terapêutica medicamentosa. No espaço inter, intra e transdisciplinar da gestão eficaz do regime medicamentoso, como outros estudos têm demonstrado (Banning, 2009; BJohnson et al, 2005; Mann, 2009; Ruppert, Conn & Russel, 2008) os enfermeiros devem centrar a sua intervenção nas questões da capacitação para o auto-cuidado da gestão terapêutica, da concordância e na adesão, em parceria e interação com as pessoas, para as aconselhar, ensinar, monitorizar potenciais problemas relacionados com os medicamentos, na precisa articulação entre o médico e farmacêutico comunitário onde deverá dar um verdadeiro contributo para facilitar e desenvolver o envolvimento da pessoa neste processo de gestão da doença crónica, ajudando-os a cumprir as indicações dos profissionais de saúde, a controlar efeitos adversos e internamentos hospitalares que os possam conduzir a perda de bem-estar e qualidade de vida. As pequenas coisas que podemos fazer para que a pessoa concorde e aceite o regime terapêutico, não passa pela prescrição de medicamentos, para isso há outras técnicas na equipa de saúde, que o fazem muito bem e de acordo com as suas competências do *core* de saber das suas profissões. No entanto “as pequenas coisas”, não podem, nem devem ser vistas como coisas sem valor. O ser humano sem as pequenas coisas não vive, pelo que a grandiosidade de quem lhas proporciona não deve ser ignorado nem desvalorizado.

Os enfermeiros atentos aos sentidos de vida da pessoa idosa intervêm avaliando a capacidade para o auto-cuidado e a auto-eficácia, avaliando os conhecimentos da pessoa, ensinando-a, dando instruções, ajudando a priorizar intervenções, avaliando a resposta psicossocial às instruções e informações transmitidas, garantindo a continuidade de cuidados, promovendo apoio, mantendo a dignidade e a privacidade das pessoas de quem cuida (Nolan, 2004).

De seguida discutiremos os resultados do estudo aleatorizado e controlado. A avaliação resultante do estudo que acabamos de discutir, constitui a caracterização que permitiu a aleatorização para este estudo, não vamos por isso, voltar a analisar os instrumentos de medida utilizados.

ESTUDO II

Este estudo teve como objectivo avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem (aconselhamento, controlo e ensino sobre os medicamentos), no aumento da adesão à terapêutica e na qualidade de vida e diminuição de idas à urgência e internamentos em lares, num grupo de idosos seguidos numa consulta de enfermagem, num Centro de Saúde de Lisboa.

A taxa de participação total foi de 88%, sendo de 84% no grupo de controlo e 92% no grupo de intervenção.

No nosso estudo, a carência de cuidados de saúde (nomeadamente médico de família e enfermeiro de família) e a necessidade de atenção, face à solidão das pessoas idosas, são talvez as causas que explicam o não abandono da fase de seguimento.

Os resultados sugerem que as intervenções de enfermagem têm impacto no aumento da adesão à medicação (risco relativo/protector de 5,33, medindo a eficácia da intervenção de enfermagem). Obteve-se eficácia das intervenções de enfermagem (aconselhamento, controlo e ensino de medicamentos) e estas terão que ocorrer em mais 1,61 idosos para se obter um sucesso efectivo.

Não se verificaram diferenças significativas entre o grupo de intervenção e de controlo, na qualidade de vida, na ida à urgência e internamentos em lares.

Avaliar as intervenções de enfermagem em regimes complexos em idosos, não são estudos fáceis de realizar dada a natureza complexa do regime terapêutico e a tipologia da intervenção.

A revisão sistemática de Haynes al, 2009, avalia a evidência das intervenções para melhorar a adesão, em 78 estudos, destes apenas um estudo é incluído na classe de ” regimes terapêuticos complexos em idosos”, todos os outros são agrupados pela entidade doença e terapêuticas de longo prazo (asma, DPOC, hipertensão, Diabetes Mellitus, HIV, artrite reumatóide. dislipidémia, saúde mental, enfarte miocárdio, doença isquémica, terapia anticoagulante oral, tuberculose e contraceção).

As principais limitações do nosso estudo são resultantes do número de participantes, 88 idosos, do relativo curto tempo de seguimento, 6 meses e da avaliação da adesão com um auto-relato.

No nosso estudo o número de participantes, comparado com o de Nazaret et al, 2001, incluído na revisão sistemática de Haynes, 2009 em que foi avaliada a eficácia das intervenções educativas, pelos farmacêuticos, em 362 idosos que tiveram alta hospitalar é pequeno, no entanto atendendo ao contexto em que ele se desenvolveu, numa consulta de enfermagem que se tinha iniciado há menos de um ano, e face ao controlo das intervenções é um número que nos permite extrapolar a evidência destes resultados, embora com a recomendação de replicação do estudo noutras realidades, para aumentar a consistência das conclusões.

O desenho deste tipo de estudos é complexo, no contexto dos cuidados de saúde primários, em Portugal, com uma reforma de governação em curso em que a instabilidade das equipas de enfermagem se fazem sentir. A consulta de enfermagem foi estruturada e iniciada durante a execução do estudo I. O controlo das variáveis, no tempo que decorreu o estudo, requereu, do investigador, uma proximidade constante do local de intervenção para assegurar a continuidade da consulta de enfermagem, a manutenção da enfermeira na consulta e o cumprimento do protocolo.

Quanto à limitação do tempo é importante considerar que mudar comportamentos e mantê-los, 6 meses é o tempo mínimo para que essa mudança possa ser mensurável. No contexto do estudo a avaliação final foi aos 6 meses de seguimento, mas como a

consulta não se encerrou, pelo estudo ter terminado, as pessoas continuam a ser seguidas e a avaliação da efectividade das intervenções pode agora ser feita ao longo do tempo, sendo que a limitação aqui considerada é apenas pela efemeridade do estudo. Admitimos que há um conjunto tipificado de intervenções de enfermagem, mas que não é garantido que o conteúdo a transmitir às pessoas e o tempo de intervenção seja constante dada a natureza complexa e individualizada das intervenções. No que se refere ao conteúdo da intervenção, ao privilegiar uma intervenção individualizada, assumimos que não há uma lista de acções que se tenham que verificar sempre que existe um momento de interacção da enfermeira com a pessoa idosa, como é habitual num estudo com um medicamento ou um tratamento, em que a variabilidade da intervenção é praticamente nula, mas considerando as adaptações introduzidas pelo grupo CONSORT, para intervenções não farmacológicas, esta metodologia é válida e de considerar. A condição subjacente, que nos garante a qualidade e adequação da intervenção, é que a enfermeira da consulta é uma enfermeira perita segundo Benner, 2001, por isso é capaz de identificar e pôr em prática as intervenções que melhor se adequam a cada pessoa idosa (informação, aconselhamento, orientação, facilitação, envolvimento, motivação, etc.) e esta enfermeira manteve-se ao longo do estudo. A interacção com as pessoas na consulta foi sempre e só com esta enfermeira. De acordo com as capacidades funcionais, os conhecimentos, habilidades e competências, da pessoa idosa para gerir a sua doença e a sua medicação, a enfermeira estabeleceu um compromisso com cada pessoa idosa, para que ela seguisse as indicações que lhe eram mais favoráveis para obter ganhos na sua saúde e qualidade de vida.

A individualização do conteúdo transmitido deixou, porque não foi estudado no âmbito deste projecto, um desconhecimento da tipologia das actividades mais utilizadas e não ficámos a saber, qual o nível de motivação que os participantes tinham para modificar os seus comportamentos de adesão. A partir dos registos será possível desenvolver um estudo futuro, para conhecer as actividades mais prevalentes. Por outro lado, apesar de termos conhecimento sobre o tipo de ajuda desejada pela pessoa para gerir a medicação e quem lhe poderia dar essa ajuda, não ficámos a saber em que medida a ajuda da família contribuiu para a gestão adequada da doença no sentido de aumentar a adesão à medicação. O envolvimento da família e dos cuidadores têm impacto na adesão à medicação, na qualidade de vida e no bem-estar (Banning, 2009; Conn et al 2009; Piette, 2010; Nolan, 1994; Nolan, Keady e Grant, 1995; Nolan et al, 2004). Bastos,

2004 e Ramos, 2007 referem a importância do suporte da família, num plano educacional para aumentar os níveis de adesão em pessoas diabéticas.

As limitações que surgiram no nosso estudo têm sido assumidas noutros estudos que individualizam a intervenção de enfermagem (Holzemer et al, 2006; Davies, 2009). Ruppar, Conn e Russel, 2008 evidenciam que a investigação em cuidados de saúde, sobre a adesão à medicação das pessoas idosas não é conclusiva na identificação dum plano único que seja efectivo para todas as pessoas e afirma que as intervenções de enfermagem só poderão ser eficazes se forem adaptadas ao comportamento da pessoa, ao seu estado funcional, ao regime medicamentoso, às capacidades para gerir esse regime, aos conhecimentos, recursos financeiros e às crenças, incluindo normas culturais e as expectativas sobre a saúde e os medicamentos. Kirchberger, et al 2010 e Sol et al, 2010 concluem que as intervenções de enfermagem promotoras de autocuidado e de ajuda na gestão da doença são mais eficazes do que os cuidados habituais. A qualidade da informação sobre os medicamentos, dada pelos enfermeiros, pode por si só ajudar as pessoas idosas a aderirem aos medicamentos, como conclui Ulfvarson et al, 2006 e quando as pessoas ficam satisfeitas com a consulta de enfermagem e com a relação que se estabelece, aumentam a adesão à terapêutica (Sousa, Peixoto e Martins, 2008). A meta-análise de Conn, Taylor & Keller 2009 e as revisões sistemáticas de George et al, 2008, Van Dulmen et 2007 e William et al, 2008, recomendam a realização de mais estudos, porque as suas conclusões não evidenciam que as intervenções contribuem para o aumento de adesão. No que se refere às pessoas com diabetes, não se conclui que as intervenções individuais sejam mais eficazes que as de grupo (Duke, et al 2009), embora (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008) concluam que as intervenções individuais são mais eficazes. Os diferentes estudos (Busse et al, 2010; Conn, Taylor & Keller, 2009; Haynes et al, 2008; Rupar et al, 2008; Schedlbauer, Davies e Fabey, 2010; Schroeder, Fahey e Ebrahim, 2008; Van Dulmen et al, 2007; Vermeire, et al, 2009; Vermeire, 2010) incluem eles próprios diferentes estudos com evidência da intervenção e outros em que não fica provado que diferentes abordagens de educação terapêutica, conduzem ao aumento de adesão.

Não concluímos que as intervenções de enfermagem, ao contribuírem para o aumento de adesão, se traduzem em ganhos para a saúde, nomeadamente em aumento de qualidade de vida e diminuição da mortalidade e morbilidade. Os nossos resultados são

similares aos resultados de outros estudos com revisões sistemáticas e estudos controlados e aleatorizados que também não encontraram evidência do efeito dos cuidados de saúde primária, por enfermeiros, farmacêuticos ou médicos no aumento da qualidade de vida, admissão em hospitais e lares (Lenaghan et al, 2007; Ploeg et al, 2010, Royal et al, 2006). O tempo de seguimento relativamente curto, 6 meses, pode explicar estes resultados, por não ser o tempo suficiente para provocar variações na qualidade de vida, nos domínios, físico e psicológico.

No nosso estudo não há evidência de que a adesão é um factor protector de entrada em lar. Gaugler et al, 2007 concluem que também são preditores de internamentos em lares, a dependência em três ou mais Actividade de Vida Diária (AVD), as alterações cognitivas e o uso prévio de lares, no nosso estudo, não se verificam estes preditores. Bernabei et al, 1998 evidenciam um modelo integrado de cuidados, na gestão das pessoas com doença crónica, contribuindo para a redução de internamentos em hospitais e ida para o lar.

Os estudos mostram que cada profissional de saúde tem um lugar na equipa que deve ser articulado e integrado entre eles. Eijj et al, 2009 não evidenciam a importância de cada um dos profissionais de saúde, *per si*, no processo de gestão da doença, nas pessoas idosas. Busse et al 2010 defendem a intervenção multidisciplinar na gestão da doença crónica. George et al, 2008 na revisão sistemática realizada concluem que são necessárias intervenções educacionais e comportamentais, de forma sistemática e continuada, pelos profissionais de saúde, para conseguirem aumento de adesão.

Quanto a possíveis variáveis de confundimento, foi controlado o tipo de comunicação e interacção, ao manter constante, a enfermeira na consulta enquanto durou o estudo. Não nos preocupámos em conhecer em profundidade a relação dos outros técnicos de saúde, nomeadamente médicos e farmacêuticos, com as pessoas idosas do estudo, pois esperase que cada um exerça o seu papel na equipa em simultâneo de forma eficaz.

No nosso estudo, perante a amostra considerada, a semelhança dos grupos de intervenção e de controlo, a elevada participação, a actuação do enfermeiro podemos admitir, no que se refere à adesão medicamentosa, que as intervenções de aconselhamento, controlo e ensino sobre os medicamentos, na consulta de enfermagem têm impacto no aumento da adesão.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que as intervenções de enfermagem na consulta de enfermagem em cuidados de saúde primários, possibilitam planear novos modelos de cuidados ou melhorar os existentes, como refere, Riera, 2003.

A consulta de enfermagem “ é um processo de cuidados directos, onde o enfermeiro realiza promoção para a saúde, assim como prevenção e reabilitação da doença das pessoas, de forma integral, com uma participação activa por parte da pessoa e família...para a resolução de um ou vários problemas de saúde e no âmbito das suas competências e funções, procurando sempre a autonomia e a capacitação para o auto-cuidado, no seio de um trabalho em equipa multidisciplinar.” DGAS, 2007,p.3

A consulta de enfermagem, no Centro de Saúde, não é uma consulta para desburocratizar a consulta médica e no que se refere aos doentes crónicos as acções nela desenvolvidas são criteriosas, para que não venha a ser identificada como um local de avaliação de parâmetros antropométricos e clínicos onde vão sempre os mesmos doentes, como refere Riera, 2003.

A consulta de enfermagem, é um contexto de acção, onde o enfermeiro interage com a pessoa numa forma autónoma e onde centra a sua acção na ajuda à pessoa, ao grupo familiar e à comunidade, ajudando a capacitar a pessoa para o auto-cuidado num processo de interacção individual e onde pode cuidar segundo os processos de cuidar de Swanson, 1991,1993, ajudando-a a manter a crença, conhecendo-a, estando emocionalmente com ela, fazendo por ela quando é necessário e capacitando ou possibilitando a pessoa a adquirir comportamentos de auto-controlo e auto-eficácia. A consulta de enfermagem deve alargar a sua acção para além de cuidar de doentes crónicos e desenvolver acções orientadas para a promoção da saúde e prevenção da doença (Camargo & Caro, 2010;Riera,2003). Neste sentido, o enfermeiro amplia a sua actuação com o propósito de desenvolver a saúde e bem-estar das populações mais desprotegidas e vulneráveis como são as pessoas idosas.

A adesão à medicação e aos regimes terapêuticos continuam a ser um dos problemas da actualidade pelo impacto negativo que têm ao nível das pessoas idosas, profissionais e sistemas de cuidados de saúde. Nas pessoas idosas o significado que a doença e os medicamentos têm para ela, a sua capacidade cognitiva, autonomia funcional e instrumental, bem como os conhecimentos sobre a saúde e os medicamentos parecem

ser fundamentais, bem como a sua capacidade financeira. Os profissionais de saúde de acordo com o seu papel no sistema de cuidados, terão que considerar de forma singular a necessidade imperiosa de simplificação do regime terapêutico, tornando-o num mínimo de medicamentos imprescindíveis, tendo em conta as alterações funcionais da pessoa idosa e o seu contexto de vida. A continuidade e monitorização dos cuidados, são fundamentais e serão tanto mais eficazes, quanto maior for a competência em comunicação e relação que os profissionais tiverem fundamentalmente com a pessoa idosa. Os recursos de saúde e sociais são cada vez mais escassos. Os custos são elevados, o acesso limitado e a complexidade do sistema impera, mesmo quando se assumem reformas estruturais, como no actual contexto dos cuidados de saúde primários.

A avaliação das capacidades de auto-cuidado e gestão de cuidados são preditores de sucesso na eficácia do auto-cuidado na gestão dos medicamentos, como refere Swanlund et al, 2008, no seu modelo de auto-cuidado na medicação.

O conhecimento dos hábitos de vida pessoa, as perspectivas sobre a sua saúde, a sua eficácia para auto-cuidado, têm permitido aos enfermeiros, determinarem as intervenções mais adequadas para ajudar a pessoa, na gestão da sua doença. Tal como refere, Orem, 1993, o reconhecimento das capacidades para auto-cuidado da pessoa permite avaliar quais são aqueles que precisam de mais ou menos ajuda no desenvolvimento de estratégias para o sucesso no auto-cuidado, pois para ajudar a gerir um regime de medicação complexo, como é da maioria das pessoas idosas é necessário tempo, conhecimentos, habilidades e competências, que os enfermeiros reconhecidamente detêm. É preciso determinar com a pessoa a tipologia de intervenção que a torna um agente eficaz de auto-cuidado, na gestão da sua terapêutica.

Concordamos com o que refere Warren, 2009, a pessoa idosa tem que ser envolvida na tomada de decisão sobre os seus medicamentos, tem que ter um suporte continuado, o médico tem que rever com regularidade o regime medicamentoso e a comunicação entre os profissionais de saúde é fundamental. O envolvimento e o compromisso sob a forma de contrato, “concordance”, têm que ser desenvolvida, entendendo aqui contrato como um compromisso verbal. Este é também um aspecto pouco estudado, nas pessoas idosas (Bosch-Caplan et al, 2009).

O nosso estudo orientou-se para o regime medicamentoso, mas o enfermeiro, na consulta integrou o plano terapêutico global de cada pessoa idosa, na sua prática clínica de enfermagem, para além do regime medicamentoso objecto do nosso estudo. Enquadrámo-lo, como um dos estudos possíveis que podem dar resposta às recomendações de estudos anteriores para evidenciar o contributo das intervenções e o contexto onde elas ocorrem, para o aumento de adesão. A confirmação dos resultados permite o desenvolvimento da prática clínica de enfermagem, neste contexto de cuidados. No futuro importa também evidenciar o valor económico deste ganho em saúde (aumento de adesão) associado à intervenção de enfermagem.

Doggrell, 2010, ao avaliar a adesão em pessoas idosas com doenças crónicas, refere que a participação de outros profissionais de saúde, para além dos prescritores, não está bem estudado e discutido, embora exista alguma evidência de que os conselhos pelo telefone, realizados pelo enfermeiro ou farmacêutico contribuem para o aumento da adesão a curto e longo prazo. A utilização de consulta telefónica para aumentar a adesão é uma medida a ser estudada, já que a partir da consulta, no centro de saúde, se poderá realizar esta intervenção de forma sistemática e estruturada.

A metodologia qualitativa, tem o propósito de clarificar e validar as opções dos estudos quantitativos. Ao realizarmos o estudo com recurso a *focus groups*, reunimos um conjunto de achados, que interpretaremos e faremos a sua discussão de seguida e que nos permite identificar e compreender as necessidades que as pessoas idosas têm na gestão do regime medicamentoso e na adesão à medicação.

Análise e Discussão dos Achados

ESTUDO III

Os dados recolhidos

O conteúdo da discussão foi analisado, a partir da transcrição do *verbatim* identificando-se: temas ou dimensão, categorias e subcategorias que foram emergindo, conduzindo à construção de um diagrama de análise. Um modelo interactivo, conforme descrito por Miles e Huberman (1994), foi utilizado para auxiliar na análise dos dados ou achados. Este modelo permite um tratamento sistematizado da informação em várias fases, não linear, cíclico e interactivo: a partir da recolha de dados, surge a fase de condensação de dados ou redução dos dados, segue-se a apresentação dos dados e a elaboração, interpretação/verificação das conclusões, num processo interligado e circular. A análise de dados consiste na triagem, distinção e organização dos dados, para que se possam redigir conclusões finais. A condensação dos dados realiza-se continuamente e à medida que se caminha nesta fase, outras fases se sobrepõem, aparecem resumos, codificações, correcções, reagrupamentos e redacções (Miles e Huberman, 1994).

Começámos a nossa análise pela identificação de um quadro temático, seguiu-se-lhe a codificação em categorias e subcategorias, elaborámos um mapa e interpretámos os achados. O software QSR NVivo 7 foi utilizado para a análise.

O eixo central da análise é a gestão da medicação pelas pessoas, criando-se eixos de análise, tendo em conta os factores que podem influenciar esta gestão e adesão à medicação. Estes eixos ajudam a interpretar e compreender o fenómeno de gestão da medicação. Tomámos como quadro de referência *a priori*, o modelo conceptual de intervenções de adesão à medicação de Ruppar; Conn & Russel, 2008, p.133 “*um modelo conceptual de intervenções de adesão à medicação...Os factores que estão envolvidos são: (1) Factores centrados no doente (conhecimentos, competências e atitudes sobre a medicação; (2) - Factores da medicação e (3) - Factores de administração da medicação*”, Figura 35.

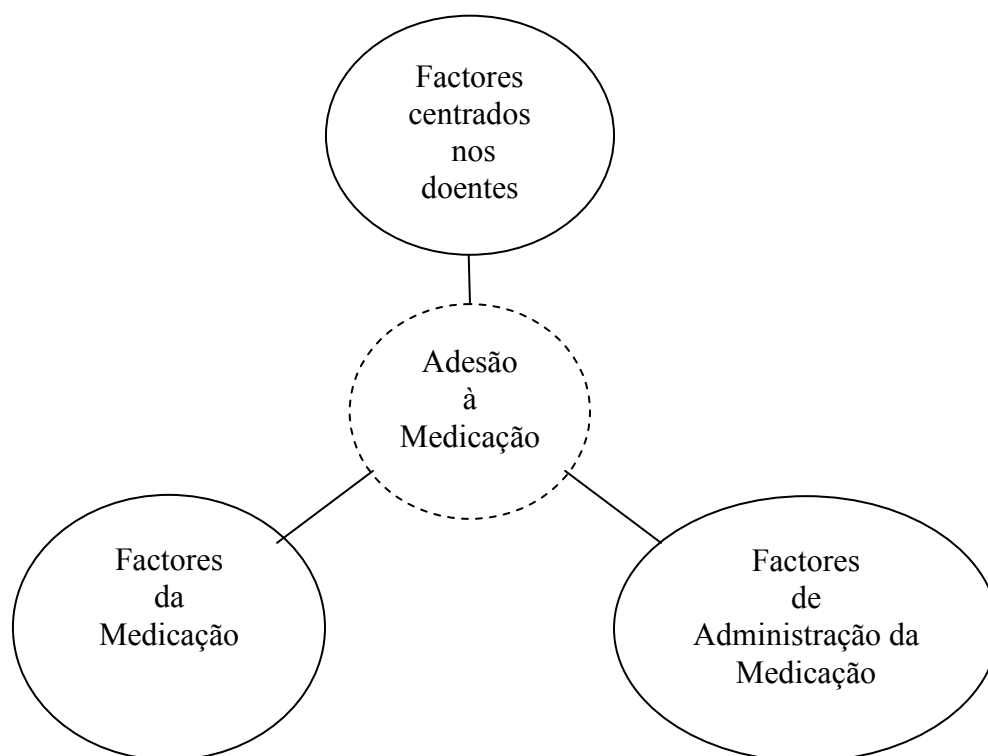


Figura 34. Adesão à Medicação.

Fonte: Ruppar; Conn & Russel, 2008, p.133

A gestão de medicamentos pelas pessoas idosas é um processo complexo, que “*abrange os processos e sistema de suporte que estão disponíveis para ajudar as pessoas que auto administram a medicação, para obter o melhor benefício da saúde, dos medicamentos prescritos.*” (Banning, 2007). Para Von Korff (1997) a gestão de medicamentos constitui um dos elementos fundamentais do processo de gestão da doença crónica. Gerir a medicação requer mais capacidades e criatividade do que simplesmente aderir ao regime medicamentoso prescrito. Não basta incluir a gestão de medicamentos, como mais uma actividade instrumental na vida de cada pessoa, é importante conhecer os medicamentos, saber lidar com os efeitos secundários, tendo a possibilidade de comunicar com os prestadores de saúde, de acordo com as suas crenças e valores sobre saúde e envelhecimento. Gerir medicação, de acordo com a nossa interpretação dos dados analisados é uma teia complexa que cada um avalia e integra na sua vida quotidiana.

As categorias e subcategorias foram emergindo dos dados em análise. Algumas categorias aparecem com limites indistintos, não sendo mutuamente exclusivos o que

reflete, a complexidade da presença constante dos medicamentos e a importância da sua gestão, na vida dos participantes. Os nomes das categorias e subcategorias foram surgindo das palavras dos participantes ou de preconceitos resultantes do enquadramento, relacionados com a doença crónica e gestão medicamentosa, e da interpretação pessoal que fazemos deles. Os dados originais (segmentos de texto que se constituíram unidades de análise) são exemplificados utilizando citações e as informações irrelevantes para a categoria em questão são omitidas e marcadas com [...]

Dos dados em análise, emergiram quatro categorias que pretendem descrevem a interpretação e as estratégias, das pessoas com mais de 65 anos e com doenças crónicas, que gerem a sua medicação, na sua casa, na comunidade: viver com medicamentos, tomar medicamentos, crenças sobre os medicamentos e relação com os profissionais de saúde. As subcategorias dão maior expressão e profundidade à análise e apresentam-se na Tabela 33.

Tabela 33	
Categorias e Subcategorias da interpretação da medicação e estratégias utilizadas para a gestão dos medicamentos pelas pessoas idosas que gerem a sua medicação	
Categorias	Subcategorias
Viver com Medicamentos	Estilo de vida
	Benefícios dos medicamentos
	Adaptação aos efeitos adversos
	Experiências passadas de doença
	Adesão à medicação
	Ajuda familiar
Tomar medicamentos / Consumidor de múltiplos medicamentos	Idade e medicamentos
	Hábitos
	Processo
	Mudança
	Procurar informação
	Pensamentos e perguntas sem resposta
Crenças sobre os medicamentos	Atitude em relação aos medicamentos
	Aceitação
Relação com os profissionais de saúde	Relação com o médico
	Relação como enfermeiro
	Confiança
	Ajuda profissional

Viver com Medicamentos, surge como a categoria em que cada idoso participante descreve os esforços que desenvolve para viver a sua vida, integrando a gestão da medicação, na sua vida quotidiana. As subcategorias são: **estilo de vida, benefícios dos medicamentos, adaptação aos efeitos adversos, adesão à medicação, experiências passadas e ajudas.**

Estilo de vida: as pessoas idosas que participaram, na sua generalidade reformados, gozavam de vida activa e são independentes. As experiências relacionadas com a medicação surgem como pequenos obstáculos na sua vida. As pessoas falam na forma como integram os medicamentos na sua vida diária e como quando vão de férias ou saem de manhã para algum compromisso social, se têm de que preocupar com a medicação.

Parecem aceitar a medicação como fazendo parte da sua vida e uma inevitabilidade para a manterem com qualidade. A vida como um valor e o bem-estar e qualidade de vida para serem conseguidos, “...*Eu tomo... já estou tão habituada, há um que tenho que tomar até desaparecer...*” (E;GF1), tomar os medicamentos para sempre, faz parte integrante do seu estilo de vida, “...*já sei que aquele medicamento tenho que tomar sempre, sempre...*” (E;GF1) e isso não lhes causa qualquer estranheza... “*Eu tomo muitos mas não me faz diferença nenhuma de ser para toda a vida...*” (G, GF1), nem lhe faz qualquer alteração na vida, pelo menos pelo que afirmam “...*Não, não me faz nada assim, de impressão, já sei que tenho que tomar tomo, não interessa...*” (G, GF1). Parece até nalguns existir uma certa banalização do acto de tomar medicamentos “*Eu tive em 2003, com tensão alta, a partir daí faço....., todos os dias de manhã, sem problema...*” (D, GF1).

Assumir um determinado estilo de vida, adoptar um padrão de vida, implica a necessidade de consciencialização de organização da vida “...*E acho que é uma coisa absolutamente natural só que efectivamente me dá algum trabalho a organizar a vida...*” (F, FG1). “... *é assim, o médico receita... e depois chega ali, uma hora, tomo este, depois vou ali, às quatro horas e faço o seguimento todo.*” (G1,FG2), é uma adopção de actividades e de opiniões.

A adopção de um determinado estilo de vida condiciona atitudes prévias, que se traduzam em comportamento eficaz. Sempre que há uma nova situação de vida ela

requer adaptação, nas pessoas idosas que participaram parece que essa adaptação se faz de forma natural, ”... *no Verão, ausentar-me para o estrangeiro e não tomava mais que uns comprimidos... havia uns que não tinha em casa e esqueci-me de ir comprar e lá, os comprimidos são iguais em todo o mundo, só têm um nome diferente...*” (F1, GF2). No entanto para outros a adopção de estilos de vida compatíveis com mais saúde, nem sempre são bem aceites, nem bem compreendidos, quando alteram uma rotina de vida “...*eu de facto acho que é um bocado incómodo, principalmente á noite... os comprimidos têm que se te tomar da parte da manhã...*” (F1, GF2).

Benefícios dos medicamentos: os participantes manifestam que os medicamentos apesar dos riscos são benéficos, os médicos prescreveram-nos, por isso devem tomá-los como forma de controlar a sua doença, nomeadamente a hipertensão arterial ou a diabetes.

O desconhecimento sobre a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos pode conduzir a não adesão por falta de compreensão de como é que o organismo funciona com os medicamentos, porque os tem de tomar a determinadas horas e porque é que não podem parar quando tem valores “normais”.

O não reconhecimento do benefício dos medicamentos e da evidência de que os benefícios ultrapassava os riscos dos efeitos secundários, bem como a não compreensão da polimedicação pode levar a comportamentos de não adesão.

Quando há uma atitude, por parte da pessoa, nomeadamente se acredita no benefício dos medicamentos, a sua declaração é espontânea, “...*os medicamentos que tenho tomado têm sido óptimos...*” (F1,FG2).

Se houver um reconhecimento da necessidade do controlo da doença, como valor para a vida, o reconhecimento do benefício dos medicamentos, surge “...*pois, a gente tem que controlar... que temos que tomar para a tensão...*” (A1,FG2) e a importância de controlar os erros da medicação, leva as pessoas a reconhecerem o benefício dos medicamentos, balanceados com o risco dos efeitos secundários “*São bons. Uns são bons outros maus. Uns fazem bem a uma coisa e mal a outra...*” (F1,FG2)

O admitir a importância de um acto terapêutico, com impacto para a sua vida, bem estar e qualidade de vida, facilita a adesão à sua toma “...*os comprimidos tomo-os a hora*

certa, tomo-os à noite quando vou deitar, não fazem diferença nenhuma, pelo menos do diabetes, se não tomo, é que me sinto mal...” (H1,FG2), “... já sei que tenho que tomar tomo, não interessa, mais nada...” (E,FG1)

A gestão da doença condiciona tomadas de decisão, por parte dos doentes e a consciencialização de como é importante tomar os medicamentos para prevenir eventos que são reconhecidos como ameaçadores para a vida, também é um factor de adesão “...Não ter AVC's, eu tomo sempre todos os dias...” (H1,FG2) e “...Então se eu não tomo... tenho a tensão alta!” (E1,FG2).

Os medicamentos são para as pessoas idosas uma tecnologia necessária, com impacto na sua saúde e na sua vida “...Os medicamentos, tenho que dizer da minha parte, senão fossem os medicamentos, não estaria assim agora. Só tenho a dizer maravilhas...” (F1,FG2).

A prescrição racional e adequada, por parte dos médicos, parece ser uma condição imperiosa, pois os medicamentos apesar de terem benefícios podem ser considerados com estando em excesso e assumidos como uma inevitabilidade “....acho que são medicamentos a mais...” (B, FG1 e “...eu tomo os medicamentos porque são precisos...” (E1,FG2).

Apesar de lhes reconhecerem os benefícios, viver com medicamentos implica adaptação a efeitos secundários, muitas vezes aceites com dificuldade.

Adaptação aos efeitos secundários e adversos dos medicamentos: os participantes referem poucos efeitos secundários, parecem tolerá-los, no entanto mostram-se preocupados com eles. Manifestaram preocupação sobre como deveriam tomar os medicamentos para evitar interacções com outros medicamentos ou com alimentos. Foi salientado que é difícil perceber, quando uma determinada manifestação é ou não um efeito adverso.

As pessoas idosas reconhecem a importância dos medicamentos, no controlo da doenças “...a tensão e colesterol está controlado, também não tem problema com os da próstata...” (A, FG1), no entanto mostram preocupação face aos efeitos secundários, “...tomo para o colesterol que é o Zarator, que já me disseram que isso faz muito mal à ulcera...” (C, FG1), “...São bons. Uns são bons outros maus. Uns fazem bem a uma

coisa e mal a outra...” (F1,FG2) e outros sabem que existem efeitos secundários, mas não os vivenciam, “...eu acho, da minha parte que não tenho nada a dizer de mal, só acho... efeitos secundários não tenho encontrado, há pessoas com efeitos secundários...” (F1,FG2)

As pessoas sabem que é importante estar esclarecido, para reconhecer os efeitos secundários, mas esse facto pode ser assustador, “...Tenho tonturas, tomei um medicamento que dizia que dá tonturas, e as tonturas estão cá na mesma, eu acho que não se devia ler...” (B, FG1), mas outras pessoas reconhecem os efeitos dos medicamentos, aceitando que os benefícios são superiores aos efeitos secundários e suportam-nos “...que tomo às segundas, quartas, e sexta...esse medicamento faz um bocadinho mal...” (E, FG1), por causa de um medicamento “...passei um bocado mal, há uns meses atrás ...” (F1,FG2).

A preocupação de conhecer os efeitos dos medicamentos e sabê-los reconhecer é uma condição muito importante para algumas pessoas idosas “...Temos é que ter a preocupação, se tivermos qualquer sintoma.” (E1,FG2), pois se forem detectados saberão o que fazer “...O resultado é que ... sai da casa de banho tonta, tonta, que isso já me tinha acontecido várias vezes quando tinha a tensão alta...eu tive tonturas que até caí...” (D1,FG2). A incompreensão é ainda maior quando as manifestações dos efeitos adversos surgem de forma repentina, “...você vai tomar que faz bem, vai tomar um por dia, e nesta mão apareceu-me um derrame de sangue muito grande, depois fui ter com ele e ele disse-me: “Pára, durante uns dias não tocas!”, eu tenho tomado só meio por dia e nunca mais tive problemas. ...” (G1FG2)

A imprevisibilidade do controlo total do risco de tomar medicamentos deixa nas pessoas algumas perguntas sem resposta, “...não ter AVC’s, eu tomo sempre todos os dias, e mandaram-me, eu fui parar ao Hospital e tomava tudo certinho, porquê? ...” (H1,FG2)

A gestão dos medicamentos requer conhecimentos, habilidades e desenvolvimento de competências que nem sempre são bem conseguidas, sobretudo se fica a dúvida de como estas pessoas são monitorizadas e orientadas no seu processo terapêutico e se elas próprias não reconhecem o benefício... “aqui há uns três meses tomei os comprimidos à hora da refeição fui a casa de uma amiga, cai, parti uma perna, fui parar ao Hospital, era falta de açúcar, porque eu fiz a dieta muito a rigor, agora não faço...” (H1,FG2).

Cada pessoa é una e requer uma resposta individualizada às suas dúvidas, sobretudo quando manifestam uma grande dificuldade em aceitar os efeitos secundários...*Bem, quando comecei a tomar os do colesterol, primeiro que eu começasse, eu sei lá... Eu penso! Se eu soubesse não tinha comprado isto, porque faz mal a isto, isto, isto!* (E1,FG2).

Experiências passadas de doença: os participantes recordam experiências de vida ou de doença, que condicionam a forma como vivem com os medicamentos.

Começar a tomar medicamentos causa um grande impacto na vida das pessoas, “...*tive certos problemas, entretanto há pouco tempo tive um...eu estive muitos anos sem tomar medicamentos, mas o problema, com falta de ar...mas eu tive que começar a tomar....*” (H, FG1).

A forma como as pessoas vivenciam situações passadas condiciona a gestão e a adesão aos medicamentos sobretudo se essas vivências têm impacto na vida.

“...*evito todos os comprimidos, até por causa desse problema, tentei suicidar-me e temi os comprimidos, então o que é que eu faço?...sou muito indisciplinada desde criança*” (I, FG1).

“*Levo-os comigo, sobretudo o da tensão arterial. Posso esquecer tudo mas o da tensão arterial não esqueço, porque tenho um exemplo em casa, o meu marido, que tem uma prateleira é toda dele, contando com a insulina, e tenho um exemplo em casa. Já teve quatro enfartes, por isso, na medida do possível, tento ser disciplinada....*” (F, FG1)

“*Eu nunca tomava medicamentos nenhuns, há um ano atrás, eu estava a dormir e eu mesmo senti o coração a bater muito e no dia seguinte vim cá à consulta médica e eu disse: “Senhor Doutor, senti o coração a bater muito” e ele disse: “Vamos fazer uma radiografia” e quando a radiografia veio e trouxe o resultado ele disse: “O Senhor Francisco agora começa a tomar,... o coração esforça-se para bombear, não é grave...”* (A, FG1)

Adesão à medicação: viver com medicamentos implica comportamentos de adesão. No entanto foi revelado por alguns participantes que deliberadamente se esqueciam ou ignoravam algumas doses, apontando factores que condicionam a adesão à medicação e

como é complexo cumprir sempre as indicações/recomendações dos profissionais de saúde. Referem que regimes mais simples são um garante para o cumprimento da medicação e que o preço dos medicamentos condiciona a adesão

Algumas pessoas indicaram estratégias que desenvolvem para aderir à medicação. As caixas doseadoras são úteis, para aqueles que as utilizam, outros não precisam que lhes lembrem quando e como tomar os medicamentos.

O conhecimento sobre os medicamentos é fundamental para que as pessoas adiram à terapêutica e sigam as indicações dos profissionais de saúde ”...*eu andava com medo disso porque julgava assim: “Não tenho nada no estômago e é capaz de ir actuar mais”, julgava eu, e está certo...!* (A1,FG2). Se a pessoa sabe qual é a terapêutica, mais facilmente a toma “...*tomo de manhã, eu sei quais são...*” (E, FG1), “...*Posso esquecer tudo mas o da tensão arterial não esqueço...*” (F, FG1), “...*de resto tenho conhecimento de quando esquecer o comprimido nunca dobrar a dose, no dia seguinte continuar normalmente, só eles é que determinam se é necessário dobrar, mas nós não devemos dobrar qualquer medicamento que estamos a tomar se esquecermos a dose...*” (A, FG1)

A importância que é dada à doença e aos medicamentos e ao profissional de saúde são factores reportados pelas pessoas idosa, que condicionam o seguimento das indicações dadas ”...*claro que faço sempre questão em tomar à hora indicada, tudo aquilo que me indicam...*” (F1, FG2)

Ao contrário, a falta de conhecimento, pode levar as pessoas a interromperem a medicação porque consideram que isso não interfere na gestão e controlo da doença, “...*eu tomo sempre às mesmas horas... Não tem problemas. Se tudo estiver controlado até posso não tomar, para a tensão...*” (C1,FG2), “...*faltou-me os comprimidos para a tensão e pensei que não fazia mal não tomar dois dias ou três...*” (D1,FG2)

A motivação ou a falta dela, para tomar os medicamentos é outro factor de adesão, que tem a ver com a pessoa, “...*eu tenho uma aversão aos comprimidos, sejam eles quais forem, não consigo... fujo deles que é uma coisa louca, porque não tenho sistema de alimentação, não tenho horários, portanto para estar a tomar comprimidos sem um*

horário é trocar tudo e vale mais não tomar...” (I, FG1). “Eu tomo todos e acho que me fazem bem e sou muito pontual, de manhã às nove horas...” (C1,FG2)

A polimedicação e a complexidade do regime medicamentoso, são factores da medicação que condicionam a adesão...*Há medicamentos que eu por vezes... acho que são medicamentos a mais...” (B, FG1), “... pelo sim pelo não, tomo duas vezes por semana e chega!...” (E, F1) e “ ...fui ao médico, que teria que me receitar, iguais não, mas com os mesmos comprimidos, com uma percentagem mais forte, para serem tomados apenas um ou dois...” (F1,FG2)*

Para aderir à medicação há várias estratégias possíveis que as pessoas idosas utilizam para seguir as indicações. Algumas usam memorandos, outras alertas, outras caixas dispensadoras como estratégias para conseguirem seguir o regime medicamentoso de forma correcta “...a médica passa-me sempre uma guia, e depois escreve como devo tomar, depois tento decorar e alguns que tenha dúvida escrevo na caixa.” (C, FG1), “...quando saio levo uma caixinha que está sempre recheada...” (G, FG1).

A capacidade da pessoa para se organizar, garante um aumento da taxa de adesão, “...Eu sou muito cumpridor do que a médica diz, e como tomo diversos medicamentos. ...Uns que são de manhã e outros à noite, e tenho uma caixinha na cozinha, em cima da mesa onde almoço e então, tenho as caixas do medicamento, um para o almoço, um para o jantar, um ao pequeno almoço e tenho tudo discriminado assim...” (G1, FG2).

Muitas são as razões para as pessoas aderirem à medicação e umas fazem-no de forma esclarecida “...Os comprimidos tomo-os a hora certa, tomo-os à noite quando vou deitar, não fazem diferença nenhuma, pelo menos do diabetes, se não tomo, é que me sinto mal...” (H1,FG2)

Nas pessoas idosas o esquecimento é uma causa frequente de falta de adesão não intencional... “Porque por vezes esquecia-me...Era para tomar antes da refeição... Ai, já estou a almoçar!...lá ia tomar durante a refeição, outras vezes depois...” (F1,FG2). “...Os medicamentos estão condicionados, bem condicionados, numa caixa, mas não tenho problemas em tomar este ou aquele, eu lembro-me sempre das horas, só que por vezes ...às vezes começo a almoçar e lá vou eu a correr...” (E1,FG2)

Há pessoas idosas em que a não adesão intencional, surge de forma consciente e deliberada, por não suportar os efeitos secundários “...*que tomo às segundas, quartas, e sexta..., porque esse medicamento faz um bocadinho mal, então quando vejo que está bom, corto, por auto recreação ...*” (E1,FG1)

O preço dos medicamentos e a falta de dinheiro condicionam a diminuição da adesão, “...*se os podia tomar, pois eram tão caros, e tenho estado a tomar, se calhar faz mal não tomar ...*” (D1,FG2).

Ajuda familiar na gestão dos medicamentos: grande parte dos participantes gere a sua medicação sozinho sem a ajuda do cônjuge ou outros. Apenas dois participantes referem a esposa ou o marido como a pessoa que as ajudam.

A ajuda de outros para gerir a medicação acontece quando o próprio já não tem capacidade de auto-cuidado terapêutico e cada um vai encontrando a melhor maneira de não se esquecer de tomar os medicamentos certos, às horas certas, “...*Compro, ponho em cima de uma mesa e depois tenho lá um papelinho...*” (H, FG1) “...*é uma coisa que faço naturalmente, tenho um cestinho, todos os dias lá vou...*” (F, FG1) “... *tenho uma caixa própria que doseava os dias e os medicamentos. Tenho uma caixa para uma semana, a pessoa põe por horas e isso tudo e não há problema nenhum...*” (B, GF1), “...*escreve como devo tomar, depois tento decorar e alguns, que tenha dúvida escrevo na caixa...*” (C, FG1), “*Coloco um escrito na cozinha...*” (A1,FG2) e “...*e tenho tudo discriminado assim é que faço...*” (G1,FG2).

A ajuda do cônjuge, foi a ajuda mais referenciada, “...*Não, não, eu tem o meu marido.*” (I1,FG2) e “...*A minha mulher é que ajuda para eu tomar os medicamentos, não sei ler*” (B1,FG2).

Tomar medicamentos

Tomar medicamentos está associado à idade e a partir do momento em que é necessário começar a tomá-los, sendo que nalgumas situações é para sempre, leva as pessoas a integrar o “tomar medicamentos” como um processo, um acto de proceder de acordo com a forma como cada um gere o seu nível de instrução e do conhecimento que têm sobre a doença e sobre o medicamento, as suas crenças e valores e o impacto que espera que eles venham a ter no seu bem-estar.

Quando foi pedido para as pessoas idosas, descreverem como é que cada um organizava as tomas dos medicamentos, cada participante partilhou as suas rotinas e preocupações. As subcategorias de **Tomar Medicamentos** são: **idade e medicamentos, hábitos, processo, mudança, procura de informação e pensamentos e perguntas sem respostas**. Tomar medicamentos implica, integrar no estilo de vida de cada pessoa algumas rotinas.

Idade e medicamentos: os participantes descrevem os seus pensamentos, constatando que a idade e a doença, condicionam a toma de medicamentos. Associam comportamentos de dieta e exercício, bem como a toma de medicamentos no conceito de saúde. A idade condiciona a toma de medicamentos, devido às alterações decorrentes da idade ou em consequência de doenças crónicas, “... a única coisa que me pesa é ser da idade... de resto, perfeitamente bem” (F,FG1), *“Eu estou na velhice minha querida! Aos vinte anos não tomava nada, a partir de determinada altura tive que tomar medicamentos para a tensão arterial”* (E, FG1), *“Há muitos anos eu também costumo tomar...”* (I1,FG)

Tomar medicamentos é associado a bem-estar e controlo eficaz da doença, *“Desde que seja benéfico para o bem-estar, tenho 65 anos e felizmente sinto-me bem.”* (B, FG1) *“Tomo e ...tento controlar a saúde e os medicamentos”* (B1,FG1)

Hábitos: Alguns participantes, sobretudo os que tomam medicamentos há muitos anos, consideram a toma de medicamentos como uma actividade de vida diária, um hábito aceitando-os como uma rotina. *“Eu tomo! ... já estou tão habituada, há um que tenho que tomar até desaparecer... já sei que aquele medicamento tenho que tomar sempre...portanto já sei que aquele medicamento é até ao fim.”* (E, FG1), *“...é uma coisa que faço naturalmente, tenho um cestinho, todos os dias lá vou...faço aquilo... quando não faço até estranho! E acho que é uma coisa absolutamente natural.”* (F, FG1). Tomar os medicamentos, *“A mim não me alterou nada... ”* (D, FG1).

Processo: tomar medicação é descrito como uma actividade metódica. Os participantes referem como obtêm ou como tem dificuldade de obter a prescrição e a forma como se organizam, para não esquecer a medicação.

Tomar medicamentos de acordo com as indicações dos profissionais de saúde e aderir à medicação constituem um processo na vida das pessoas. *“O que é que eu faço? Compro, ponho em cima de uma mesa e depois tenho lá um papelinho, que a Doutora me disse e controlo com aquele papel que a senhora Doutora me deu. Tomo dois de manhã, para a tensão, para o colesterol, e à noite é para o ácido úrico...”* (H, FG1).

Tomar medicamentos é um processo contínuo e de longo prazo exigido em situações de doença crónica, *“Uma caixinha e ponho os medicamentos, o... que tomo às segundas, quartas, e sexta... ...e os outros às segundas e sextas ...”* (E, FG1), *“A médica passa-me sempre uma guia, e depois escreve como devo tomar, depois tento decorar e alguns que tenha dívida escrevem na caixa...”* (C, FG1). *A médica receita, eu depois vou à farmácia e eles põem lá as horas, e ponho lá no papelinho que a médica me receitou. Depois de manhã levanto-me e sei os comprimidos que devo tomar* (F, FG1).

A organização dum regime medicamentoso complexo apela a diferentes estratégias das pessoas idosas e às suas capacidades, para garantir sucesso na gestão das tomas de medicamentos *“...sei que tenho que tomar três comprimidos de manhã, duas saquetas ao almoço e um comprimido e dois à tarde. E por isso faço logo a toma da manhã, tiro para o almoço e dois para a tarde...”* (F, GF1), *“Porque é assim, o médico receita e eu chego a casa, da farmácia, (lá peço para escrever), em casa ponho todos seguidos e depois ponho um papelinho: “Às quatro, às oito, meia-noite” e ponho o rotulo debaixo da caixa. E depois chego ali, uma hora, tomo este, depois vou ali, às quatro horas e faço o seguimento todo.”* (B1,FG2).

O que parece dar muita insegurança às pessoas é a falta de recursos humanos, nomeadamente o médico, *“...ter um médico de família porque eu não tenho agora e necessito de um médico de família, para nos ver e prescrever...Exactamente, não é uma urgência, tenho que ter um médico de família. Lutou-se para se ter um médico de família, agora não há, saíram 3 médicos, a situação tem que ser resolvida de outra maneira. Há necessidade de ter um médico de família, isso é a minha grande preocupação...”* (G, FG1). Não ter médico de família significa para a pessoa não ter quem possa prescrever os medicamentos.

Mudança: Alguns participantes descrevem o regime medicamentoso que têm prescrito há muitos anos. Os que tinham mudado de medicação há pouco tempo partilharam as

suas preocupações em consequência dessa mudança, dessa quebra na rotina e a necessidade de adaptação a novas situações e a instabilidade que isso lhe provoca.

“...mudou-me agora o medicamento porque tive um problema desde Agosto para cá...e agora vamos ver como vou reagir. Há anos que tinha o outro.” (E, FG1)

“Há um medicamento que tomei, acabei de tomar, por vezes não há aquele, há o que é genérico...Se vou à farmácia e não houver dos outros eu não compro ...” (F1, FG2).

Procurar informação: Os participantes não procuram por hábito, informação junto dos prestadores de cuidados, no entanto ao lerem a bula dos medicamentos ficam com muitas dúvidas e incertezas. Alguns consideram mesmo que não precisam dos profissionais de saúde para entenderem o regime medicamentoso. Quando confrontados com falta de conhecimento sobre a sua medicação, reconhecem a necessidade de informação e educação e relevam o conhecimento do médico.

“...eu antes de os tomar a primeira coisa que faço é ler o papel todo...e há coisas que vejo que não é bom tomar sem disciplina ...” (I, FG1)

“Eles são prescritos pelos médicos, se a pessoa seguir à risca ... acho que não é necessário que nos expliquem... (B, FG1)

“O médico é que sabe, geralmente nós não sabemos mas os médicos sabem, se nos deu esse conselho, há um motivo qualquer...” (A, FG1)

Percepcionando a falta de conhecimentos sobre o medicamento, *“Eu acho que da nossa parte, nós devíamos saber o nome dos medicamentos, como o nome das pessoas que nós conhecemos, eu sei o nome do medicamento” (E1,FG2)*, foi questionado ao grupo se precisavam de ajuda na gestão do medicamento. *Para poder ajudar em termos de controlo da doença crónica e da gestão dos medicamentos, o que precisam? (moderador) ...Educação e informação... (F, FG1)*

Pensamentos e perguntas sem resposta: os participantes lêem os folhetos informativos do medicamento, por vezes ficam com dúvidas. A lista dos efeitos adversos assusta-os e questionam-se por que é que os laboratórios dão maior relevância aos efeitos adversos do que aos efeitos terapêuticos. Há uma grande diversidade de

conhecimento sobre os medicamentos, no grupo de pessoas idosas que integraram este grupo. Pessoas que se consideram esclarecidas e pessoas com muito pouco conhecimento sobre os medicamentos que tomam, uns sabem apenas o nome, outros nem isso. O conhecimento do medicamento não se esgota conhecendo o seu nome. Algumas pessoas questionam-se e ficam sem muitas respostas sobre os seus medicamentos.

“...e há coisas que vejo que não é bom tomar sem disciplina porque altera o sangue todo, dá tonturas, dá má disposições, é um erro muito grande, confesso que isso de facto é mau, então mais vale não tomar nenhum, não é?” (I, FG1)

“Mas eu não preciso para isto! Para que é que é isto!”, então faz-me um bocado confusão, e é uma das razões que eu fujo, mas tenho sempre o hábito de ler...” (D, FG1)

“...porque o que não faz efeito a mim faz àquela senhora, e outra terá outra reacção e por isso os laboratórios são obrigados a descrever tudo aquilo que eles têm conhecimento que é nocivo ou pode ser nocivo...” (F, FG1)

“...eu acho que não se devia ler, (instruções) ... porque é tanta coisa que faz mal...” (E, FG1)

“...é a minha maneira de ser, às vezes nem leio a bula porque nem gosto.... “ (F1,FG2)

Crenças sobre medicamentos: A categoria surge para explicitar as afirmações dos participantes em torno do que para eles significam os medicamentos. A forma como a pessoa interioriza o seu estado de saúde, como encara a sua doença e a vulnerabilidade que ela pode provocar na sua vida, bem-estar e qualidade de vida, determina a forma como se relaciona com os medicamentos e como adere ou não às indicações dos profissionais de saúde. As crenças sobre o tratamento e sobre os medicamentos em particular são influenciados pela percepção da gravidade da doença. As subcategorias são: atitude em relação aos medicamentos e aceitação.

Atitude sobre os medicamentos: os participantes têm atitudes bivalentes em relação aos medicamentos, atitudes positivas e negativas.

Alguns participantes afirmaram que não tinham problemas em tomar muitos medicamentos. Expressaram palavras de agrado em relação aos medicamentos, que lhes proporcionavam maior bem-estar, *...Não, não me faz nada assim, de impressão, já sei que tenho que tomar tomo, não interessa, mais nada...* (E,FG1). A polimedicação é aceite como inevitável como garantia de bem-estar e prevenção de eventos futuros, *“Presentemente tomo 7 medicamentos diários porque tive há cerca de oito anos um pequeno AVC. ... Não me sinto dependente dos medicamentos, mas também não me alarmo por os tomar.”* (B, FG1) e *“...Não ter AVC's, eu tomo sempre todos os dias...”* (H1,FG2)

As experiências vividas condicionam os comportamentos e a motivação como factor de adesão *“...porque tenho um exemplo em casa, o meu marido, que tem uma prateleira é toda dele, contando com a insulina, e tenho um exemplo em casa...Já teve quatro enfartes, por isso, na medida do possível, tento ser disciplinada... porque tenho um exemplo que me obrigou a sê-lo, não sei se me estou a fazer entender...”* (F, FG1)

Os medicamentos associados a bem-estar, são bem aceites *“...Desde que seja benéfico para o bem-estar, tenho 65 anos e felizmente sinto-me bem...”* (B, FG1) e *“Eu tomo muitos mas não me faz diferença nenhuma de ser para toda a vida...”* (G, FG1).

As sociedades actuais vêem nos medicamentos, uma tecnologia que contribui para o bem-estar das pessoas e incluem-nos na gestão quotidiana da saúde, acabando muitas vezes por banalizar o seu risco, *“...eu tomo todos e acho que me fazem bem”* (C1,FG2), tomando-os porque lhe reconhecem benefícios, *“...eu tomo os medicamentos porque são precisos.”* (E1,FG2), *“...Os medicamentos, tenho que dizer da minha parte, senão fossem os medicamentos, não estaria assim agora. Só tenho a dizer maravilhas...”* (F1,FG2), *“Os comprimidos... se não tomo, é que me sinto mal.”* (H1,FG2). *“...Quando sinto que não estou bem, que ando excitado, com problemas da família tomo uma série de comprimido e tomo três comprimidos à noite, meia hora antes de me deitar. E aquilo resulta...”* (G1,FG2).

A motivação da pessoa para seguir as indicações dos profissionais de saúde, parece ser imprescindível. O nível de motivação depende da forma como a pessoa percebe e assume o seu estado de saúde, *“...eu tenho uma aversão aos comprimidos, sejam eles quais forem, ... fujo deles que é uma coisa louca...”* (I, GF1), *“...Também sou muito*

difícil de tomar e difícil de ir ao médico, mas quando é para fazer, é para fazer...” (A1,FG2). Assumir que se tem que tomar os medicamentos é como que uma imposição, *“Por obrigação tenho que os tomar...”* (D1,FG2)

Aceitação: os participantes expressam vontade de aceitar os medicamentos como uma inevitabilidade para controlar a sua doença e bem-estar.

Aceitação é uma fase de resignação para as pessoas, se não há outro caminho...*“por medo de ter algum problema... Não será por falta dos medicamentos...”* (F, FG1), *“...eu não tenho problemas de tomar sete, nove dez....”* (B1,FG2), *“...Olhe, eu tenho os da diabetes que apareceram, tenho os da tensão que é para tomar para sempre, e temos que aceitar...”* (I1,FG2)

Relação Profissional de Saúde -Utente

A relação com os profissionais e com os serviços de saúde é cada vez mais evidente como determinaste da adesão à terapêutica e do sucesso da gestão da doença. A qualidade da relação que é estabelecida com o profissional de saúde é fundamental para as pessoas. Elas reconhecem no profissional de saúde, poder e manifestam que a confiança é a base de uma relação. A relação com o profissional pode traduzir-se em ajuda na manutenção do bem-estar e qualidade de vida.

Nesta categoria surgiram as Subcategorias: relação com os médicos, relação com os enfermeiros, confiança e ajuda profissional.

Relação como os médicos: há participantes que referem uma relação privilegiada e duradoura com o médico e reconhecem o poder desse profissional e a sua disponibilidade para os atender. Há no entanto participantes que demonstram o seu desagrado por não terem médico de família e acesso a consultas e as que têm é a correr, sem espaço para serem ouvidos e onde possam tirar todas as dúvidas.

Dependendo do tempo e da natureza da relação, assim é reconhecido o poder do médico, *“Então a Doutora... que já me conhece há 20 anos, diz que não posso passar sem isto...”* (I, FG1) e *“...depois ele disse assim “Tem médico?”, eu disse que ainda não tinha médico, depois marcou-me consulta ...e ele chegou lá, passou e disse: “O*

senhor Francisco tem que fazer assim... Ele disse: “Agora você vai para a sua médica...Agora ela é que manda e tal...” (A, FG1).

Há uma confiança expressa no médico, “...que a Doutora me disse e controlo com aquele papel que a senhora Doutora me deu...” (H, FG1), “...acho que são medicamentos a mais, mas no entanto se o médico é que manda, o médico é que sabe...” (B, FG1).

Reconhecem as suas indicações mesmo que fiquem na dúvida da sua pertinência, sem que tenham questionado a indicação “...só eles é que determinam se é necessário dobrar, mas nós não devemos dobrar qualquer medicamento que estamos a tomar se esquecermos a dose...” (A, FG1), “O médico é que sabe, geralmente nós não sabemos mas os médicos sabem, se nos deu esse conselho, há um motivo qualquer.” (A, FG1)

As pessoas consideram que a qualidade da informação, nem sempre é aquela que precisam, mas acabam por aceitá-la “...Já tenho dito à Doutora que faço isso...por acaso até já vi numa folha de jornal, que matou não sei quantas pessoas e trouxe a folha do jornal, e ela em vez de ter pena de mim disse que a mãe tomava aquilo.” (E, FG1).

A aceitação das indicações, depende da motivação que a pessoa tem em segui-las da componente valorativa e afectiva da motivação, estando muito presentes nas afirmações dos participantes, sobretudo quando reconhecem a pessoa que lhes dá essas indicações “...eu tenho que cumprir porque se o médico me recomenda e receita aquilo é para cumprir, então cumpro escrupulosamente...” G1,FG2, “...eu não tomo nenhum sem o médico prescrever...” (A1,FG2). É muito valorizada a disponibilidade dos profissionais de saúde “...a minha médica (não sei se com os outros é assim) atende-me sempre, sempre que tenho uma duvida...” (E, FG1).

A falta de disponibilidade, para as pessoas que procuram o profissional de saúde, pode conduzir à perda de confiança e não satisfação com os serviços de saúde “...se o medicamento pode estar a dar qualquer alteração e a fazer algo e não estejamos melhor e portanto, não ter que estar uma hora ou mais à espera da médica, porque eu até posso não ser atendida, ter uma duvida e ela não me atender...” (C, FG1), “Há falta de médicos e eu com esta dor nas costas... O meu filho ligou para os Bombeiros a

marcar uma consulta. O médico viu-me e passou-me a medicação...Mesmo assim estive uma hora à espera para depois estar ali cinco minutos que a médica quase nem olhou para mim e passou-me os medicamentos.” (D1,FG2).

Relação como os enfermeiros: Foi referida a importância da relação como enfermeiro e do trabalho em equipa. Surgiu a comparação com outros serviços. Sobretudo nos participantes do FG2, foi visível uma grande satisfação das pessoas como enfermeiro.

Se para alguns o papel do enfermeiro é dar injeções “...e da enfermagem, o que espera da enfermagem?...Uma injeção, que não posso fazer...” (G, FG1), para outros o enfermeiro como educador e como “fonte” de ajuda na gestão da sua medicação, é uma evidência, “...acho que os enfermeiros têm um papel fundamental a desempenhar neste sentido, porque muitas vezes nós chegamos e não há médico e dirigimo-nos a um enfermeiro a perguntar qualquer dúvida que possamos ter e que a enfermeira nos possa dar essa informação e ela dá...” (C, FG1)

As pessoas esperam da enfermeira um conjunto de atitudes demonstrativas de interesse e vontade de ajudá-las, “...e pronto, estar atento às pessoas e ser simpático porque às vezes dirigimo-nos e não nos dão uma informação correcta...” (C, FG1), “...às vezes uma palavra dita na hora certa é importante para a pessoa que está a sofrer nesse momento...” (B, FG1) e recorrem à enfermeira, não numa atitude curativa, mas reconhecendo a sua intervenção como conselheira e educadora “... recorremos à enfermagem para ter uma explicação para a nossa dúvida e eles podem-nos dar essa informação sem termos que ir ao médico...” (C, FG1), confiando na qualidade da informação e no tempo da relação “...o problema que tive, em que a enfermeira... mandou-me vir..., quer dizer que eu agora estou praticamente ao controlo dela para ela participar à Doutora o que se passar...” (I1,FG2).

A consulta autónoma da enfermeira é reconhecida como uma mais valia para as pessoas, podendo contribuir de forma eficaz para adesão à medicação. Reconhecem o espaço da consulta de enfermagem como um espaço privilegiado de relação, afecto, atenção e esclarecimento de dúvidas.

“...Fiquei admirada, porque é totalmente diferente, eu fiquei internada no Hospital com diabetes e a primeira vez que vim à consulta como enfermeiro, fiquei admirada

porque é muito boa... Porque explica bem as coisas, e no Hospital nunca me explicaram. Ela explicou como é que a gente fazia e achei totalmente diferente.” (D1,FG2)

“...Acho que era óptimo que continuasse um gabinete com um enfermeiro, permanente, era muito bom. Por vezes a pessoa não precisa de ir ao médico...” (F1,FG2)

“... Uma consulta de enfermagem organizada nesse sentido ... Exactamente! Ou porque estou a transpirar, seria daquele comprimido... Ajuda sempre!” (I, FG1)

A importância do trabalho de equipa é valorizada, porque lhes dá confiança. Percebem que a enfermeira não está a substituir o médico, mas que ao trabalharem para o mesmo fim, para ajudá-las na gestão da sua doença e da sua medicação, para que possam ter a melhor qualidade de vida possível, encarado esse trabalho multidisciplinar, como uma oportunidade única e diferente de outros contextos, *“Foi a primeira vez que vim, e foi a Dr.^a que me enviou para o segundo andar. A enfermeira está em contacto com a Dr.^a ...”* (G1,FG2), *“É uma jóia de enfermeira, para mim não há melhor enfermeira, porque tive um problema no Hospital, enviaram-me para aqui, de tensão, peso, colesterol, ácido úrico, na altura ela marca, faço os exames todos que pedem-me no Hospital e disseram para vir cá a xis horas... Ela diz para fazer assim...”* (B1,FG2), *“A Dr.^a é que me mandou para lá (consulta de enfermagem) ...Viram que comprimidos estava a tomar....Disse para eu tomar os comprimidos e para vir cá no dia sete...Disse, para não abusar do sal... Fazendo como a enfermeira diz, que nos dá muitos conselhos, coisas sem sal, andar a pé, devia haver mais assim... e dos medicamentos como devo tomar. ”* (E1,FG2)

As pessoas idosas encontram, na consulta de enfermagem um espaço de atendimento personalizado onde sabem que podem dirigir-se e onde serão atendidos...*Quando tenho alguma dúvida, imediatamente venho...”* (B1,FG2), onde o aconselhamento lhes é facilitado, onde são substituídos, nas suas actividades, até serem capazes de fazer por elas, até estarem capacitados para o auto-cuidado *“...vim, foi por causa da minha máquina do diabetes que se avariou...Eu disse que não conseguia tirar o sangue para controlar o diabetes... Ela disse, já que está cá, vamos fazer uma consulta, ela pesou-me, mediu-me, tirou-me o diabetes e depois disse para trazer o nome dos medicamentos*

todos que estava a tomar. Depois disse ao meu marido: “Faz-me aí um rol dos medicamentos que estou a tomar para levar à enfermeira que ela quer lá”. Agora ando cá.” (D1,FG2)

Confiança: os participantes manifestam que sentem segurança e consistência na informação e nos cuidados prestados pelo profissional de saúde que os ajuda e lhes incute por isso confiança. Essa confiança é um factor de adesão.

“...minha opinião, um médico é sempre aquele que nos dá maior confiança e a seguir o enfermeiro, porque é um técnico de saúde e sabe... Num grau muito mais abaixo está um farmacêutico...” (F, FG1)

“Eles são prescritos pelos médicos, se a pessoa seguir à risca, se confiamos no médico...” (B, FG1)

Ela (enfermeira) diz para fazer assim... e nós fazemos, porque confiamos “ (B1,FG2)

Ajuda Profissional: os participantes sentem que os profissionais os podem ajudar a adquirir competências para gerirem a sua doença e sua medicação e os ajudam na resolução de problemas. Os profissionais podem aconselhá-los. Para o enfermeiro aconselhar é uma intervenção que é utilizado um processo interactivo de ajuda focando as necessidades, os problemas ou os sentimentos da pessoa para aumentar ou apoiar as habilidades para enfrentar um problema ou encontrar uma solução. (Dochterman & Bulechek, 2008). A expressão de importância da intervenção de enfermagem é sobretudo manifesta, nos participantes do FG2. A qualidade da comunicação é referida como um factor muito importante nessa ajuda. Alguns manifestam o agradecimento de como foram atendidos.

Surge a manifestação da falta de enfermeiro e da sua necessidade, nos participantes do FG1, em que nenhum dos participantes estava a ser seguido na consulta de enfermagem, *“Toda a gente tem direito à saúde e à velhice!” (D, FG1), “...Eu acho que devia haver uma enfermagem mais disponível, que neste momento não existe... (D, FG1), “...que hajam mais enfermeiros especializados...porque se nós precisamos de ajuda é na altura que precisamos, não é estarmos horas à espera para ser assistidos...” (B, FG1).*

O reconhecimento da ajuda multidisciplinar é também manifesta, “...em relação à Enfermagem e aos médicos eu não tenho reclamações, mas da minha parte nós precisamos da vossa ajuda...” (A, FG1). “Em minha opinião a enfermeira nunca é dissociável do médico, eles completam-se...” (F, FG1)

Foi questionado às pessoas idosas o que precisavam para que pudessem ser ajudadas;

“...ter a intervenção programada, (moderador)? Certo, programada!” (C, FG1)

Contacto telefónico é alguma coisa que vos daria alguma ajuda? (moderador)

“Sim” (C, FG1,)

“Sim” (D, FG1)

“Muitas vezes estamos em casa, não podemos sair e vir ao Centro e se pudermos pegar no telefone e pedir uma informação, já nos ajuda o que devemos fazer....” (C, FG1)

A expectativa de que possam dispor de um serviço organizado, com um enfermeiro, perspectiva a ajuda possível com uma comunicação eficaz, “...a comunicação é fundamental como primeira ajuda...” Dos dois lados! A comunicação de quem está a receber a informação tem que ser dupla, a boa vontade... a boa comunicação tem que ser dupla, de quem precisa... (e do outro lado.) (F, FG1), “Temos que ser educados mas eu vejo isto e é frequente e é geral e há uma coisa que o povo não tem que é um sorriso, que é uma coisa que faz falta...” (F, FG1), “...A informação, aconselhamento, acho que devia estar a cargo de um enfermeiro, acho que era importante...” (D, FG1).

Os participantes identificam os cuidados profissionais como algo relevante “...estou de acordo e é mesmo necessário ajuda da enfermeira, nem toda a gente sabe ver a tensão, nem toda a gente sabe os nomes que aí vêm escritos, há tanta coisa que nos podem ajudar...” (I, FG1), “...mas é fundamental ter um apoio (enfermeira), concordo com aquela senhora inteiramente! Quantas vezes são precisa qualquer coisa mas temos que ter alguém com estofo profissional e sentimental para “aturar” as necessidades que cada um tem e a sua forma de estar na vida....” (D, FG1) e “...Às vezes uma palavra dita na hora certa é importante para a pessoa que está a sofrer nesse momento...” (D, FG1)

Ressalta não só a importância da comunicação e ajuda profissional, mas sobretudo a qualidade dessa comunicação.

“...eu acho que é importante haver sempre médicos e enfermeiros para atenderem as pessoas com carinho, com humildade e atenção. Por vezes...tenho visto em muitos sítios, em muitos lados, nos Hospitais, um desgraçado coitado, nem olham! Por isso é que eu digo, aqui... Com competência, simpatia e humildade para as pessoas.” (E1,FG2).

“Só queria reforçar que deviam existir permanentemente um gabinete de enfermagem porque por vezes há enfermeiros com tanta experiência...Eu vim cá duas vezes, vim cá há um mês e vim cá anteontem, salvo erro, e gostei muito, fiquei todo contente, a gente vai melhor!” (B1,FG2)

“...É, às vezes basta uma palavrinha, já vamos todos felizes... Olhe, faça assim...” (D1,FG2)

“...É, uma ajuda fantástica, já se vai de outra maneira. É como uma pessoa amiga que vemos na rua...” (I1,FG2)

“...há um ano vim aqui deixar uma palavra de agradecimento, admiração do trabalho de todos cá dentro...” (F1, FG2)

Discussão de Achados

Foi nosso propósito inicial identificar e compreender os factores que contribuíssem para a adesão à medicação e avaliar intervenções que pudessem ajudar a aumentar a adesão, nas pessoas idosas, por parte das enfermeiras, quer através de metodologia quantitativa (estudos epidemiológicos, descrito e transversal e aleatorizado e controlado), quer através de abordagem qualitativa, *focus groups*.

Como referem McEvoy & Richards, 2006, a integração de métodos quantitativos e qualitativos, na investigação são importantes para desocultar a natureza complexa do Mundo. Bryman, 2006 apresenta a triangulação e a complementaridade como justificações para a utilização dos dois tipos de investigação quantitativo e qualitativo.

A triangulação com o sentido da convergência e corroboração dos resultados de diferentes métodos e a complementaridade como a clarificação dos resultados de um método com os achados do outro. Moram-Ellis et al, 2006 consideram que só se pode falar em integração de métodos quando eles surgem desde o início da concepção do projecto, referindo que a triangulação é utilizada para aumentar a validade dos resultados, procurando "aumentar a sua eficácia". Triangulação é uma abordagem metodológica que contribui para a validade dos resultados da investigação quando vários métodos, fontes, teorias e / ou investigadores são utilizados (Farmer et al, 2006).

No nosso estudo ao decidir este desenho metodológico pretendemos validar resultados e dar sentido às intervenções de enfermagem.

O recurso a *focus groups* como técnica de recolha de dados foi geradora de conhecimento e compreensão do fenómeno em estudo, a adesão à medicação e a gestão do regime medicamentoso das pessoas idosas, que vivem na comunidade em meio urbano.

Ao dar “voz” às pessoas receptoras de cuidados, que na nossa perspectiva e de acordo com a concepção do modelo centrado na pessoa, OMS (2007), ouvimos os interlocutores privilegiados e base da organização de cuidados, compreendemos melhor, a sua perspectiva, quais os factores que interferem na gestão da medicação e de que forma poderão ser introduzidas no sistema de cuidados as intervenções de enfermagem, que correspondam às reais necessidades sentidas pelas pessoas idosas, na gestão da sua doença e terapêutica e que contribuam para aumentar a adesão ao regime medicamentoso. A participação das pessoas, com as suas observações e comentários, revelou-se de primordial importância para a melhor compreensão do fenómeno “gestão da doença crónica, da medicação e da adesão à medicação”, dando sentido e consistência aos resultados obtidos nos estudos I e II.

Os dados e as conclusões obtidos não serão aplicáveis a outros contextos, mas poderão no contexto actual permitir uma aplicação objectiva, na definição de estratégias de enfermagem, que na prática possam vir a revelar-se eficazes no cuidado às pessoas idosas.

As pessoas falam e discutem com muita facilidade sobre a forma como gerem os seus medicamentos, como se organizam diariamente e de como os medicamentos interferem na sua vida.

A discussão que vamos fazer dos achados segue a lógica da sua apresentação e está subdividida pelas categorias: viver com medicamentos, tomar medicamentos, crenças sobre os medicamentos e relação com os profissionais de saúde.

A análise de dados mostrou que **viver com medicamentos** diariamente, por pessoas que vivem nas suas casas, é um processo dinâmico e complexo. Um processo dinâmico, porque de acordo com a resposta individual de cada um ao regime medicamento, num *continuum* balanço entre o benefício e o risco da medicação e a evolução do seu estado saúde determina a manutenção ou alteração desse regime terapêutico.

A complexidade do regime medicamentoso resulta do número de medicamentos, da frequência da toma e da duração do tratamento (Banning, 2007a). A gestão da medicação é condicionada pela polimedicação, a possibilidade de reacções adversas, os erros com a medicação, pela informação que as pessoas detêm e a forma como a toma dos medicamentos têm efeito sobre o estilo de vida. A gestão dos medicamentos tem que ser feita com segurança e eficácia (Banning,2005; Hodben, 2006; Snowden,2008; Wilcock,2006; Williams et al 2005;). As pessoas referem que viver com medicamentos interfere no seu estilo de vida e que é necessário encontrar estratégias para viver com a sua doença e medicamentos. Há uma interacção entre o nível de instrução, a complexidade do regime e a maior probabilidade de resultados negativos na saúde e as ajudas que os familiares podem dar, tal como refere (Robnett et al, 2007). As pessoas se não sabem ler pedem ajuda do cônjuge.

O regime terapêutico complexo condiciona alterações no estilo de vida. No entanto se os horários das tomas forem adoptados individualmente a cada pessoa, eles tornam-se menos perturbadores e acabam por ser adaptados às actividades de vida diária. (Maddigan e tal, 2003;Schmetzer, 1999). As questões que se levantaram aos participantes, em torno da medicação que têm que tomar para a vida, nomeadamente os efeitos secundários e a dificuldade em entenderem as informações escritas sobre os medicamentos, surgem em muitos programas e estudos sobre a gestão de medicamentos

pelas pessoas idosas (APAC, 2006; Dixon, 2002; Johnell, 2005; Gascón et al, 2004; Moen, 2009).

Aderir à terapêutica, condiciona o sucesso da terapêutica, pode levar a reacções adversas, com necessidade de reajuste dos planos de cuidados, aumento de consumo de cuidados médicos ou visitas às urgências ou mesmo internamento. A não adesão não intencional, provocada por esquecimento é dominante nesta população e as estratégias de ajuda não devem ser tomadas de forma isolada (Bergman-Evans, 2006 a; McDonald e tal, 2002; Medicines Partnership, 1997; Shishani, 2006; Swanlund et al, 2008), eles referem que escrevem nas caixas, fazem memorandos e integram a toma de medicamentos nas rotinas diárias.

As afirmações que suportam a intenção de seguir ou não as instruções dos profissionais de saúde depende da forma como acreditam nos benefícios dos medicamentos e se esses benefícios ultrapassam os riscos. Estas são apreciações que surgem noutros relatos e noutros estudos (Clark, 2003; Costa e Silva, 2010; Moen, 2009, Wagner et al, 2002). Ter a crença de que os medicamentos podem contribuir para o bem-estar e qualidade de vida, em que a vida tem valor, então as pessoas estão motivadas para aderirem à medicação

A não adesão não intencional, por esquecimento, resulta em parte da habilidade dos doentes se lembrarem de tomar os seus medicamentos (Ownby 2006; Ownby et al, 2006; Vedhara et al, 2004). Alguns participantes não utilizam qualquer ajuda para se lembrarem de tomar os seus medicamentos, outros utilizam vários tipos de ajudas para a memória para se lembrarem dos medicamentos, por exemplo, caixa organizadora, marcas no calendário, colocar os medicamentos nos mesmos locais, associar a tarefas diárias, como referido por, Kairuz et al, 2008. A possibilidade de não adesão não intencional, neste grupo etário, devido a esquecimento implica que os serviços se organizem para melhor poderem responder a esta situação com estratégias alternativas, o que poderá passar por desenvolver a consulta de enfermagem, articulada com o médico e com o farmacêutico, consulta telefónica, visita domiciliária e organização de grupos de suporte em torno das crenças e preocupações sobre os medicamentos com as pessoas que têm necessidade de os tomar, por forma a intervir com estratégias educativas, de comportamento e sociais (Kogos, 2004; Medicines Partnership, 1997; Miller, 2003; Sidall, 2005) que se revelem efectivas, na adesão à medicação. Os

enfermeiros têm responsabilidade na ajuda na gestão do regime medicamentoso, nas pessoas que vivem, nas suas casas, na comunidade e na forma como contribuem para a implementação de novas estratégias (Banning 2008; Banning 2009; Miller, 2003; Mitty e Flores, 2007; Mitty e Flores, 2007 a). A criação da consulta de enfermagem onde alguns destes idosos têm interacção como enfermeiro e se mostram satisfeitos com ela, revelou-se eficaz para a capacitação para o auto-cuidado na medicação.

Os medicamentos são caros e podem condicionar a adesão (Cabral e Silva 2010; Tangalos e Zarowitz, 2006; Wu et al, 2008), como evidenciado noutros estudos. Assumir a pobreza pode ser muito constrangedor para algumas pessoas, pelo sentido de falta de controlo na sua vida, o que pode justificar, apenas um dos participantes se ter referido à falta de dinheiro para justificar a não adesão.

A complexidade do regime terapêutico como factor de não adesão é um dos achados consistente com outros estudos (Conn, Taylor & Weinke, 1995).

A interacção de medicamentos e as mudanças de prescrição foram preocupações manifestadas por alguns dos participantes. São relatados efeitos secundários decorrentes de não tomarem medicação, o que num caso condicionou uma ida ao hospital e que a partir dessa experiência vivida, passou a ter comportamento de adesão. A motivação que as pessoas têm para seguirem as indicações dos profissionais de saúde dependendo do impacto negativo que a não adesão tem nas suas vidas das pessoas.

A não adesão à medicação está associada o risco de hospitalização e mortalidade (Vik et al, 2006; Banning, 2009). A gravidade das reacções adversas e interacções são elevadas na população idosa, decorrentes da prescrição e condicionadas pela farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos e das alterações fisiológicas relacionadas com a idade (Banning, 2007b; Evenden & Gesty, 2007; Hughes, 2004).

As pessoas idosas desenvolvem estratégias para se sentirem seguras ao gerirem a sua medicação. Os familiares, o médico e os enfermeiros são identificados como parceiros de cuidados (Machado, et al, 2008; Pereira e Costa, 2007).

Tomar medicamentos foi descrito como uma consequência da idade, que obriga a tomar sempre medicamentos, torna-se um hábito e desenvolve-se um processo de organização dos medicamentos para os tomar, implicando algumas mudanças nas

rotinas da vida diária. A toma de medicamentos condiciona a procura de informação pelas pessoas idosas no sentido de conhecerem melhor os medicamentos que tomam, mas mesmo assim ficam com muitos pensamentos e perguntas sem resposta, sobretudo ao lerem a bula que acompanha os medicamentos e se não tiverem interlocutor que lhes explique a melhor forma de tomar os medicamentos.

O que ressalta nestes dados é que os participantes desenvolvem estratégias de autocuidado para gerirem os seus medicamentos e viver com eles, integrando-os na sua vida diária, expressando dados concretos, como por exemplo, *"Eu tomo com o pequeno almoço..."*. As questões relacionadas com a toma de medicamentos é encarada como "normal", fazendo parte da vida, tornando-se um hábito (Moen et al, 2009).

O conhecimento sobre os medicamentos é fundamental para garantir a sua melhor gestão. Os idosos tendem a organizar a informação sobre a medicação, em três categorias específicas: informação sobre a medicação (efeito), como tomar a medicação (dose e horário) e resultados (efeitos esperados, reacções adversas e informação de emergência. (Hayes, 1999). Os doentes devem sentir-se devidamente informados sobre o seu medicamento e sobre a forma como os devem integrar num padrão de vida de longo prazo (Ekman et al , 2007; Karaeren et al, 2009). A qualidade da informação tem impacto na adesão e os enfermeiros podem ajudar muito na promoção da informação de qualidade aos doentes , no sentido de promover a adesão (Banning, 2008,2009;Cabral e Silva, 2010;Rycroft-Malone, et al 2001;Ulfvarson e tal, 2007).

As crenças sobre os medicamentos que se tomam explica uma parte significativa da variação da não adesão em pessoas idosas, com medicação crónica. (Phatak &Thomas III,2006). Os medicamentos utilizados pelos idosos, são nalguns casos, sentidos como para ser utilizados quando necessário e não como prescrito pelo prestador de cuidados de saúde, o que explica a não adesão intencional (Banning, 2008). Nos idosos a não adesão pode ocorrer em ambas as formas: adesão intencional e não intencional. Alguns participantes, não aderem à medicação, porque não acreditam na eficácia dos medicamentos ou não estão dispostos a suportar aos efeitos secundários outros porque se esquecem, sem a intenção deliberada de não aderirem. A adesão aos medicamentos é condicionada por factores internos ao indivíduo e por isso considerada como uma estratégia de *coping* como resposta adaptativa à doença crónica (Horne et al., 1999; Bannning, 2008; Iihara et al, 2008, Mårdby et al, 2007).

Compreender como as pessoas percebem a importância dos seus medicamentos pode ajudar no desenvolvimento de intervenções que contribuam para reduzir custos relacionados com a não aderência (Lau et al, 2008). Quando as pessoas idosas explicitam que acreditam nos medicamentos como tecnologia capaz de melhorar a sua vida e assegurar-lhes bem-estar manifestam a crença na sua eficácia, pelo que a probabilidade de os tomarem é maior.

A relação com os profissionais, a ajuda profissional / intervenções profissionais é reconhecida como imprescindível pelos participantes para aumentarem adesão e os ajudarem a gerir o seu regime terapêutico.

A qualidade da relação que é estabelecida com o profissional de saúde é fundamental para os utentes. Reconhecem no profissional de saúde, poder e revelam que a confiança é a base de uma relação. A relação com o profissional pode traduzir-se por isso em ajuda.

Uma comunicação eficaz pode conduzir a melhor adesão, este também é um dos achados de outros estudos (Bastiaens, 2007; Cabral e Silva, 2010; Conn, Taylor & Weinke, 1995; Moen et al, 2009). As pessoas idosas dão valor ao sentido da palavra, ao sorriso, ao tempo de atenção que lhe dado, como condições fundamentais para estarem satisfeitos com os profissionais de saúde e como enfermeiro em particular.

A relação e a comunicação com os profissionais de saúde pressupõem a garantia de mais informação e educação para a saúde. A relação é tanto mais positiva se for multidisciplinar, conforme se encontra no estudo de Lefèvre, 2004 e de Santos, et al, 2007 e nas orientações para a gestão da doença crónica WHO, 2010. Os participantes confirmam que a relação com os profissionais de saúde, neste caso, médicos e enfermeiros é fundamental, na gestão da doença e da medicação em particular. A falta de médico de família é um factor de grande preocupação para as pessoas e a consulta de enfermagem revelou-se de extrema importância e satisfação para eles.

No nosso estudo não houve referência à relação com os farmacêuticos na gestão da doença e regime terapêutico, o que não acontece em muitos estudos que revelam a importância da intervenção farmacêutica na gestão da medicação (Al-Rashed et al, 2002; Bhattacharya, et al, 2008; Costa e Silva, 2010 Haynes et al, 2009; Lau et al, 2008;

Lee et al, 2008; Pasquier & Aslani, 2008; Ruppert et al, 2008; Shoemaker & Oliveira, 2008; WHO, 2010; Wong et al, 2004).

Os participantes relatam que é fundamental a informação dada pela enfermeira, na consulta. Ressalta a importância das ações de enfermagem – instruir, ensinar e treinar, incluídas no domínio do informar (CIPE, 2006) sobre as questões relacionadas com o regime o medicamentoso.

Dos nossos dados emerge, assim a importância dada pelos participantes à relação que estabelecem com os profissionais de saúde e nomeadamente com a enfermeira da consulta e da forma como as intervenções, ações de informação e aconselhando sobre o regime terapêutico e especificamente sobre os medicamentosos, de forma individualizada é tão importante. A disponibilidade do profissional de saúde, para ouvir as pessoas, é manifestada pelos participantes, como sendo muito importante, tanto pela parte do médico como da enfermeira, considerando que nem sempre o acesso aos profissionais se faz da forma mais rápida e eficaz, sobretudo se não houver um serviço organizado de forma sistemática e continuada.

Uma das formas dos doentes se sentirem seguros e apoiados é saberem que se necessitarem podem ter acesso aos profissionais para lhe tirarem dúvidas e darem apoio profissional. (Moen e tal, 2007; Schmetzer, 1999), condição requerida pelos participantes no estudo. A competência em comunicação por parte dos enfermeiros parece interferir na forma como as pessoas gerem a sua doença e a sua medicação. As estratégias de comunicação desenvolvidas pelos enfermeiros na relação com as pessoas são determinantes na qualidade da interação (Kaakinen e tal, 2001). Educar e aconselhar parecem ser muito valorizadas. As pessoas querem adquirir conhecimentos e competências para gerirem a sua doença e a sua medicação e parecem dar a maior importância aos conselhos, orientações e recomendações dos médicos e dos enfermeiros.

Uma intervenção será benéfica se ajudar a reduzir erros na medicação, de forma a evitar danos e contribuir para a melhoria significativa na saúde e o bem-estar. Essas intervenções não podem ser isoladas, mas integradas num plano individual centrado na pessoa e apoiado por equipa multidisciplinar (Bergman-Evans, 2006; Levine et al, 2006), estas são também ideias que surgem nos nossos achados.

Quando a intervenção é um diálogo efectivo com os doentes, integrando a compreensão dos seus problemas específicos, as suas crenças de saúde e dos medicamentos e a informação e aconselhamento é utilizada, adequando às ideias e às necessidades das pessoas, a adesão aumenta (Ross, 2008). As intervenções com abordagens educativas e comportamentais podem conduzir ao aumento da adesão à terapêutica (Williams et al 2008). Os resultados das intervenções serão tanto mais significativos se os participantes forem mulheres e tomarem entre três a cinco medicamentos (Conn, Taylor & Keller, 2009) mas tende a decrescer ao longo do tempo, se não houver períodos de seguimento e de reforço (George et al, 2008). Conhecendo e compreendendo os factores que as pessoas identificam como condicionantes de comportamentos de adesão, dão consistência e confirmam os resultados dos estudos I e II.

Os achados do nosso estudo evidenciam que a gestão da medicação depende de vários factores e têm diferentes expressões. Alguns foram identificados e reconhecidos pelas pessoas e explicam os seus comportamentos de adesão e a forma como gerem a sua medicação, Figura 39.

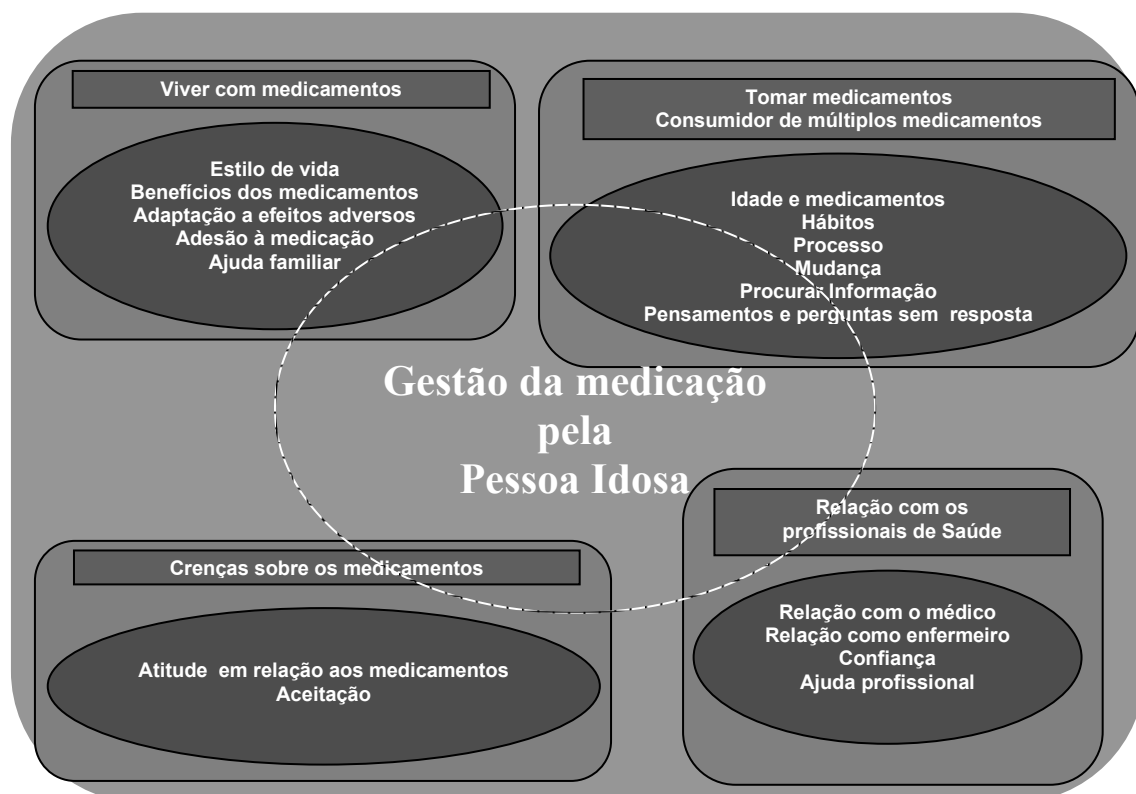


Figura 35. A gestão da medicação pela pessoa idosa.

Na consulta de enfermagem é privilegiado o ensino individualizado. Existe evidência suficiente, especialmente em áreas específicas como educação e aconselhamento do doente, de que a eficácia das intervenções individualizadas é superior à das intervenções não individualizadas (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008). A flexibilidade inerente a um programa individualizado pode significar a maximização do potencial de aprendizagem de cada participante. (Ryan & Chambers, 2000).

Quando os participantes expressam a sua experiência na gestão da medicação, emergem alguns destes factores que revelam a importância dos integrarmos em estratégias futuras, considerando o tipo de intervenção o modo e o contexto onde elas devem decorrer. Os nossos achados corroboram a existência de factores de adesão relacionados com a pessoa, com os medicamentos e a sua administração, com o seu contexto de vida e com a relação que estabelecem com o profissional de saúde. Enquanto que no primeiro *focus group*, o enfermeiro não surgia como importante na gestão da medicação, nos participantes do segundo *focus group*, em que todos os participantes estavam inscritos na consulta, todos referem a sua importância, o que nos leva a concluir que quando não beneficiamos dum serviço, não conhecemos o valor que ele tem para nós.

8. CONCLUSÕES

Desde a sua existência como profissão na era moderna, que os enfermeiros se preocupam com o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. Ao recuarmos ao início da enfermagem, Florence Nightingale fazia referencia à importância da *“enfermagem como um processo reparador para o doente”* e ao *“aconselhamento ao doente”* como algo útil, mas simultaneamente *“ridículo”* se descontextualizado das necessidades sentidas por ele.

Nas últimas décadas as transformações demográficas e sociais que se precipitaram, com a transição demográfica colocaram a pessoa idosa no centro da atenção de todos os profissionais da saúde e sobretudo dos enfermeiros. A maioria dos idosos vive na comunidade. As doenças crónicas ocorrem por longos períodos de tempo. Cuidar de pessoas com doença crónica implica dos enfermeiros, uma intervenção articulada e centrada na pessoa com o objectivo de manter e capacitar para o melhor auto-cuidado, para que ela possa gerir a sua doença de forma eficaz, prevenindo complicações, possibilitando atingir a qualidade de vida mais elevada.

Os enfermeiros de saúde comunitária, gerindo os recursos da comunidade, ajudam as pessoas idosas a viverem no contexto de vida que escolheram da melhor forma possível. O estudo que agora concluímos preocupou-se com os idosos que vivem nas suas casas, na comunidade e fundamentou-se na convicção de que os enfermeiros têm um papel importante na manutenção estado de saúde das pessoas idosas. Estudar a adesão à medicação foi o modo de percebermos como as pessoas idosas gerem a doença, a medicação e como os enfermeiros as podem ajudar no processo de gestão da doença crónica.

Destacamos as principais conclusões dos três estudos realizados. Os dois primeiros estudos foram realizados utilizando, o método epidemiológico e o último estudo realizado, uma metodologia qualitativa – *focus group*.

Estudo I

No **Estudo I**, descritivo e transversal procurámos conhecer algumas características da pessoa em diferentes dimensões e avaliar a adesão à medicação e factores condicionantes de adesão ao regime medicamentoso.

1- Quanto às **características sociodemográficas**, dos 341 idosos inquiridos, cujo nível cognitivo, avaliado pelo MMS se situa em 27, têm uma média de 76 anos de idade, 7% têm mais de 85 anos e 72,4% são mulheres. Têm uma baixa escolaridade, já que 12,6% não sabe ler nem escrever e 60,7%, têm o nível 1 do ISCED.

2- A **avaliação multidimensional com o Método de Avaliação Bio-Psico-Social – MAB**, revelou-nos que 61,1% das pessoas idosas considera o seu **estado de saúde** insatisfatório e 24,2%, considera-o mau.

Quanto ao **estado de nutrição**, observou-se que 22,3% dos idosos são obesos e 42,9% apresenta excesso de peso. A prevalência da obesidade é maior nas mulheres do que nos homens ($p=0,031$).

Quanto às **Quedas**, 61,8% dos idosos apresenta bom estado, não tendo caído no último ano.

Em relação à **Locomoção** 37,1 % dos idosos são independentes e 60,9% são autónomos. Não se verificando diferenças entre o sexo e as classes etárias consideradas (65-84 anos e 85 e mais anos).

Em relação à **autonomia física** (lavar, vestir, usar os sanitários, transferências, controlo de esfíncteres e comer), 41,2% das pessoas idosas são independentes e 54,1% autónomas, 1,2% são incapaz no controlo de urina e fezes.

Na **autonomia instrumental** (usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, fazer a lida da casa, tratar roupa, usar transportes, tomar medicamentos e gerir o dinheiro), 28,2% são independentes e 57,1% são autónomos. Observam-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, sendo que os homens apresentam resultados mais desfavoráveis em relação à preparação de refeições, ($p < 0,001$), fazer

compras ($p=0,036$), tarefas da lida da casa e lavar/tratar roupa ($p <0,001$) e tomar medicamentos ($p=0,007$).

Quando se pede aos idosos para avaliarem o seu **estado emocional**, 19,1% considera-o mau e 50,0% insatisfatório, não se verificando diferença no sexo e nas classes etárias.

Ao avaliar a orientação tempo e espaço, 98,8% dos idosos revela **estado cognitivo** favorável.

Quanto ao **estado social** (rede social), as mulheres apresentam um estado mais desfavorável do que os homens ($p <0,001$). As mulheres vivem mais sós, há mais viúvas e passam mais tempo sozinho do que os homens ($p > 0,001$). Toda a população inquirida estava na situação de reformado.

Ao avaliar os **hábitos** (actividade física e número de refeições) verifica-se que 34,1% tem bons hábitos e 52,9% hábitos satisfatórios.

Este instrumento de avaliação permitiu definir um **perfil Bio-Psico-Social** dos idosos da amostra, semelhante ao encontrado na população portuguesa, com mais de 65 anos, avaliado com o mesmo instrumento. As pessoas idosas são maioritariamente mulheres, com idade entre os 65 e 79 anos, com fraco estado de saúde, com excesso de peso, sem quedas, autónomas na locomoção, na autonomia física e instrumental, com insatisfatório estado emocional, bom estado cognitivo, insatisfatório estado social e com hábitos satisfatórios.

3 – A avaliação da **Qualidade de Vida** com o instrumento WHOQOL-Bref, inclui duas questões iniciais: a qualidade de vida em geral e a satisfação com a saúde. A qualidade de vida, em geral, que foi considerada muito boa por 2,2% dos idosos, 36,7% considerou-a boa e 50,7% nem boa nem má. Quanto à satisfação com a saúde, 5,3% das pessoas está muito insatisfeita com a sua saúde, 20,8% insatisfeita e 30,2% nem satisfeita nem insatisfeita. Estes valores apontam para uma baixa saúde percebida e elevada qualidade de vida e tal como referem Paúl et al (2005) podem indiciar a existência de processos adaptativos no envelhecimento, mas que precisam de ser confirmados em estudos futuros.

Numa escala de 100%, a qualidade de vida em geral apresenta uma média de 55,93%, no domínio físico de 59,8%, no psicológico de 63,1%, nas relações sociais de 75,50% e no ambiente 57,78%.

No modelo explicativo da qualidade de vida, a satisfação com a saúde, a espiritualidade/crenças pessoais, a participação e ou oportunidade de recreio e lazer, o ambiente físico, as relações pessoais, a possibilidade de realização de actividades de vida diária e os recursos económicos parecem explicar 35% da variabilidade da Qualidade de Vida ($F=26,276$, $p > 0,001$). A possibilidade de intervenção nos domínios que parecem contribuir para a qualidade de vida, poderá contribuir para o seu aumento e ajudar os idosos a atingirem o melhor bem-estar possível.

4- Os idosos declaram ter em média 2,9 e mediana 3 doenças **auto-relatadas**. As doenças auto-relatadas mais prevalentes são a hipertensão (61,5%), colesterol elevado (50,6%) a doença osteo-articular (40,6%) e a diabetes (15,6%). Estes valores aproximam-se das doenças crónicas da população portuguesa, com 65 ou mais anos, de acordo com o 4º INS, hipertensão (51,1%), doença reumática (44,2%) e diabetes (17,1%). (INSA/INE, 2009). A hipertensão ($p < 0,001$; $OR=0,35$; $IC=0,21-0,57$) a diabetes ($p < 0,003$; $OR=3,52$; $IC=1,36-9,32$) e o colesterol elevado ($p < 0,001$; $OR=3,19$; $IC=1,92-5,29$) são doenças com potencial predictor de consumo de quatro e mais medicamentos (polimedicção).

5 – O padrão de **medicamentos prescritos** revela que as pessoas idosas têm em média 5,61 (DP = 3,13; Min=0 e Max =18) e mediana de 5 medicamentos prescritos. Considerando a polimedicção como a prescrição simultânea de 4 e mais medicamentos, 72,1% das pessoas idosas inquiridas estão polimedicadas. Num modelo de polimedicção versus co-variáveis consideradas potencialmente preditores de polimedicção, surge a autonomia instrumental ($p = 0,028$, $OR = 0,38$, $IC = 0,16-0,89$), as multipatologias ($p = 0,002$; $OR = 2,50$; $IC = 1,39-4,51$) e a adesão à medicação ($p = 0,014$; $OR= 0,47$; $IC = 0,25-0,86$).

6- Dos 1902 **medicamentos prescritos** relatados pelas pessoas idosas, o grupo de medicamentos mais utilizado é o sistema cardiovascular (C) (41%), seguindo-se os medicamentos para o sistema nervoso (N) (20,4%), tracto gastrointestinal (A) (14,2%), músculo-esquelético (M) (9,6%) e sangue o órgãos hematopoiéticos (B) (6,7%).

Do sistema cardiovascular, os 4 grupos de medicamentos mais prevalentes são agentes com acção sobre o sistema renina-angiotensina (C09) 10,3%, anti-dislipidémicos (C10) 8,5%, terapêutica cardíaca (C01) 6,2%, diuréticos (C03) 4,1% e agentes bloqueadores dos receptores adrenérgicos beta (C07) 3,7%.

Do sistema nervoso (N)os medicamentos mais prescritos, classificação 2º nível ATC, psicolépticos (N05) 8,5%, os psicoanalépticos (N06) 5,6%, analgésicos (N02) 3,4% e outros medicamentos para o sistema nervoso (N07) 2,1%. Para o sistema músculo-esquelético (M), os anti-inflamatórios e anti-reumáticos (M01) são os mais prescritos (5,9%), seguindo-se medicamentos para o tratamento das doenças ósseas (M05) 2,1 %.

Para o tracto gastrointestinal, os medicamentos para o tratamento de alterações causadas por ácidos (A02) aparecem em 5,7% e fármacos utilizados na diabetes (A10) 3,2%.

Para o sangue (B), os agentes anti-trombóticos (B01) são os mais prescritos (5,9%).

Ao 3º nível ATC (farmacológico/terapêutico), o mais prescritos são os medicamentos para o colesterol 8,2%, seguindo-se anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides (5,7%), tratamento de úlcera péptica e do refluxo esofágico e ansiolíticos (5%).

As substâncias activas mais prescritas são a Sinvastatina 84 (4,4%), Acido acetil salicílico (100mg/150mg) 69 (3,6%), Trimetizidina 65 (3,4%), Omeprazol 54 (2,8%), todas as outras substâncias activas, no total de 324, foram prescritas em valores que variam entre os 37 (1,9%) e 1 (0,1).

Foram avaliadas as formas farmacêuticas de 1898 medicamentos e como se esperava, as mais prescritas são as formas orais sólidas (comprimidos, cápsulas e drageias) 85,9%.

7- A **complexidade de um regime medicamentoso** não se esgota no número de medicamentos prescritos. A frequência das tomas diárias média de 7,72 (DP= 4,78), as acções mecânicas para tomar de forma correcta um medicamento valor médio de 1,13 (DP = 1,82) e as informações adicionais para tomar um medicamento de forma correcta com um valor médio de 4,53 (DP= 3,42), traduzem a complexidade medicamentosa, cujo valor em índice, quanto mais elevado maior o grau de complexidade. No nosso estudo o ICM tem um valor médio de 13,25 (DP= 7,87; Min = 0 e Max = 40).

Verificou-se associação fraca entre o ICM e o número de doenças auto-relatadas (*r de Spearman* = 0,37, $p < 0,001$).

8 – A **adesão à medicação declarada** é de 4,35 numa escala de 5, muito perto dos 87% dos inquiridos declaram aderir à medicação. O auto-relato à toma mostra que 39,7% dos idosos referem que nunca se esquecem de tomar os medicamentos, 43,6% nunca se esquece das horas, 71,5% afirmam que nunca interromperam a medicação por se sentirem melhores e 76,1% nunca a deixaram de tomar os medicamentos por se sentirem pior. Interromperam a medicação por ter deixado acabar os medicamentos 10,9% algumas vezes e 2,1% frequentemente. Quando consideramos aderente a pessoa que refere a pontuação máxima em todas as facetas, apenas 19,7% dos inquiridos aderem à medicação.

9- Os **preditores de adesão** nesta amostra parecem ser, com fraca associação, a autonomia física ($p=0,012$; OR = 0,28; IC = 0,10-0,84) a polimedicação ($p = 0,011$; OR = 0,47; IC=0,26-0,86), conhecimentos dos medicamentos ($p=0,035$; OR= 1,90; IC= 1,02-3,51), as multipatologias($p = 0,047$; OR = 0,53; IC = 0,28-0,98) e a doença auto-declarada - colesterol elevado ($p=0,014$; OR = 0,50; IC = 0,28-0,87). Num modelo de adesão versus as co-variáveis potencialmente preditivas de adesão a adesão na população em estudo, com fraca associação, parece estar associada à polimedicação ($p=0,007$; OR = 0,44; IC = 0,25-0,77).

10 – No que se refere aos **motivos ou razões de não adesão**, que as pessoas idosas, evocam para não cumprirem a medicação, o esquecimento surge em 60,5% dos inquiridos, 24,4% não os tinha consigo, 14,5% considera não tomar de vez enquanto, não faz mal, 12,8% não tinha dinheiro para os comprar e 7,6% tentou poupar dinheiro.

Parece que nas pessoas idosas se acentua a não adesão não intencional, devida ao esquecimento e por outro lado a falta de recursos.

11- A **necessidade de ajuda para gerir a medicação** é declarada por 36,1% das pessoas idosas. Precisam de informação 19,2% das pessoas idosas, que lhe expliquem o regime medicamentoso 13,3%, interpretar o regime medicamentoso 7,9% e monitorizar a medicação 6,1%.

Estudo II

No **Estudo II**, estudo de intervenção aleatorizado e controlado, avaliou-se se as intervenções de enfermagem (aconselhamento, controlo e ensino sobre os medicamentos), com recurso à consulta de enfermagem, a idosos, que vivem nas suas casa na comunidade tem impacto na adesão à medicação, na qualidade de vida e na admissão em hospitais e lares.

12- Conclui-se que as **intervenções de enfermagem** revelam eficácia no **aumento de adesão**, na população estudada ($X_2 = 33,70$; $p < 0,001$). $RR = 5,33$; $IC (95\%) = 2,50-11,37$). A diferença absoluta dos riscos é de 61,8% e o número necessário a tratar (cuidar) é de 1,61. Obteve-se eficácia na intervenção de enfermagem e esta terá que ocorrer em mais 1,61 idosos para se obter um sucesso efectivo.

13- Não se obteve eficácia da intervenção de enfermagem na **qualidade de vida dos idosos**.

14- Quanto à **morbilidade**, não se verifica diferença estatisticamente significativa entre o grupo de intervenção e controlo na ida às urgências ou internamento hospitalar.

Estudo III

Com o **Estudo III**, pretendia-se, através duma abordagem qualitativa, *focus group*, identificar e compreender as necessidades que as pessoas idosas têm na gestão da doença crónica e do regime medicamentoso e da adesão à medicação.

15 – Consideramos que as pessoas idosas devem ser os interlocutores privilegiados, no processo de cuidar. Centrar os cuidados nas pessoas e não na doença, parece ser incontornável para atingir, os melhores resultados na gestão do regime medicamentoso.

16 – Viver com medicamentos é um processo dinâmico e complexo. Tomar medicamentos é descrito como uma consequência da idade, pode integrar-se na vida como um hábito e desenvolve-se um processo de organização de medicamentos que implica algumas mudanças nas rotinas da vida diária. As crenças que as pessoas tem sobre os medicamentos que tomam explica uma parte significativa da variação da não adesão. Compreender como os idosos percebem a importância dos seus

medicamentos poderá ajudar no desenvolvimento de intervenções que contribuam para reduzir custos relacionados com a não adesão.

17 – A ajuda profissional, nomeadamente dos médicos e dos enfermeiros e a qualidade da relação estabelecida com eles é considerada como fundamental para as pessoas e reconhecida como imprescindível.

18 – A disponibilidade do profissional de saúde, para ouvir as pessoas e ajudá-las de forma individualizada e continuada são condições privilegiadas pelas pessoas idosas como ajudas úteis na gestão da doença, da medicação e podem contribuir para a adesão à medicação.

Prestar cuidados de enfermagem a idosos com doença crónica, consumidores de medicamentos, centrando a atenção na pessoa, é sobretudo apoiar na adesão a terapêuticas de longo prazo, informando e motivando, as pessoas, as famílias e a comunidade, integrando em equipas multidisciplinares, profissionais colaborantes.

Do propósito inicial de poder vir a contribuir para ajudar os idosos, na gestão da doença crónica, na gestão do regime medicamentos e aumentar a adesão, terão resultado um conjunto de elementos conclusivos que permitirão por ventura, planear uma intervenção terapêutica integrada à pessoa idosa, que possa aumentar o seu bem-estar e qualidade de vida.

Propusemos identificar e caracterizar uma população idosa a residir nas suas casas em meio urbano e inscritas num centro de saúde e caracterizá-las em função dos indicadores e variáveis que nos permitiram conhecê-la melhor, para a partir desse conhecimento e com ela encontrar as intervenções de enfermagem que a pudessem ajudar a aumentar a adesão à medicação e contribuir para aumentar a sua qualidade de vida ajudando-a a gerir de forma eficaz a sua velhice e a sua doença, numa relação de confiança enfermeiro – pessoa idosa.

Através da consulta de enfermagem, com as pessoas idosas e como enfermeiro foi possível avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem e o seu impacto na adesão e na qualidade de vida do idoso.

A gestão da medicação é um fenómeno complexo para as pessoas idosas, com um enquadramento teórico definido, mas não conseguido, pelo menos na sua plenitude, na prática clínica do enfermeiro e percebido na interacção com as pessoas, pelo que explorar a compreensão do fenómeno ouvindo e falando com as elas, permitiu compreender o seu sentir sobre o que estavam a experienciar “tomar medicamentos, para toda a vida”.

O principal mérito deste trabalho decorre, porventura da desocultação dum espaço de cuidados, que contribui para ganhos em saúde das pessoas idosas, a consulta de enfermagem e as intervenções complexas individualizadas.

Deste estudo resultam, contudo algumas limitações: de avaliação devido à falta de instrumentos de medida de adesão fiáveis; de amostras relativamente pequenas dos estudos, limitando a compreensão do fenómeno; da centralidade das intervenções na medicação e não na plenitude do plano terapêutico; e nalgumas situações o défice no aprofundamento da análise dos achados.

Julgamos no entanto que estas limitações não comprometem o propósito do projecto, contribuindo para melhorar a abordagem à pessoa idosa e a melhor compreensão do que é ser enfermeiro que cuida de idosos na comunidade.

9. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

Prática Clínica de Enfermagem

O desenvolvimento da enfermagem atingiu níveis de consenso universalmente aceites no sentido de garantir os melhores cuidados às pessoas idosas quer ao nível do envelhecimento activo, quer no controlo das doenças crónicas, contudo é fundamental continuar a investir na consolidação da prática clínica.

Perante a necessidade das pessoas idosas gerirem da melhor maneira possível a sua vida, como pessoas e o seu processo de doença, de acordo com os resultados e achados desde estudo, os profissionais de saúde e a enfermagem em particular devem empenhar-se na consolidação de práticas clínicas, que não sendo inovadoras, podem ser implementadas e melhoradas no contexto da enfermagem na comunidade, em Portugal.

As consultas de enfermagem em diferentes unidades de cuidados, enquadradas nas novas dinâmicas de organização de Cuidados de Saúde Primários e no desafio do combate à doenças crónicas parecem, face à natureza dos cuidados de enfermagem que assentam na interacção do enfermeiro com a pessoa de quem cuida, um espaço privilegiado e único, onde com a pessoa idosa e os enfermeiros possam delinear um conjunto de intervenções que conduzam a “um compromisso” de seguimento das indicações de cuidados propostos, que permitam à pessoa atingir bem-estar e qualidade e satisfação com a vida e os cuidados prestados. O compromisso como conceito, ainda por explorar no âmbito da enfermagem, na utilização na prática clínica, implica que as pessoas reflectam sobre a sua vida, a sua saúde as suas crenças e valores e sejam capazes de agir, como refere Paulo Freire. Só depois desta reflexão que se espera facilitada pelo enfermeiro, através dum processo interactivo de cuidados e comunicação eficaz, se poderá pensar em estabelecer um acordo que possa facilitar o desenvolvimento dessa pessoa idosa, no sentido de melhor gerir a sua vida, com doença crónica, com um regime terapêutico específico e individualizado que lhe permita atingir os melhores valores de adesão, passíveis de se traduzirem em ganhos em saúde.

O desenvolvimento da enfermagem na comunidade passará pela incorporação das intervenções de enfermagem, no contexto da consulta de enfermagem, independentes na locomoção e que se deslocam ao Centro de Saúde. As pessoas esperam uma relação

forte e continuada, com o profissional de saúde, como ajuda para melhorar a adesão a comportamentos aconselhados como promissores de ganhos em saúde.

A consulta de enfermagem é um espaço de cuidados em que a interacção entre a pessoa idosa e o enfermeiro, poderá conduzir a um compromisso, um contrato, onde há *concordância*, entre ambos, face às estratégias delineadas, em torno da adesão ao regime terapêuticos ou outros cuidados de que a pessoa necessite, que se aprofundará tão desejáveis para as pessoas e para as organizações como reflexo positivo do desempenho profissional e duma política de saúde conseguida.

A gestão da pessoa com doença crónica, só será possível se de forma integrada, as políticas de saúde, os profissionais e as pessoas alvo de cuidados se centrarem nessa pessoa e não na doença ou doenças que ela possa ter. A complexidade de “ser pessoa” obriga os profissionais a olharem de forma particular para cada uma delas. Será legítimo para a pessoa idosa, que o enfermeiro centre a sua acção profissional na diabetes, na hipertensão, na hipercolesterolemia, na artrite, na osteoporose, na insuficiência cardíaca ou outras doenças que podem prevalecer neste grupo etário, e não nele idoso, com fragilidades, vulnerabilidades próprias da idade, ao nível físico, psicológico, social, espiritual que lhe condicionam a adaptação à doença?

Os estudos sobre adesão terapêutica destacam como pilar fundamental para o êxito da gestão terapêutica a relação de confiança com o profissional de saúde, não descurando as políticas de saúde e sociais que resolvem parte das questões de impossibilidade de aquisição de medicamentos por baixos recursos económicos e falta de instrução das pessoas idosas. São os enfermeiros, pela sua história e desenvolvimento profissional, que assentam o acto de cuidar profissional, no pilar da relação com a pessoa, que os coloca, por isso no centro da equipa multidisciplinar, como o melhor recurso profissional para ajudar a pessoa e a família na gestão da doença crónica e do regime terapêutico.

O grande desafio é encontrar com a pessoa e o médico prescritor o regime medicamentoso mais simples possível e com o farmacêutico a forma de dissipar as dúvidas sobre a medicação e consolidar conhecimentos sobre ela. Na consulta de enfermagem, espaço de relação e facilitador do cumprimento do regime medicamentoso. Segundo Orem, 1993, o enfermeiro, para além de outras, tem a

capacidade para prever um déficit de auto-cuidado da pessoa que cuida, consequência da diminuição das suas habilidades de auto-cuidado ou ao aumento quantitativo ou qualitativo na busca de cuidados. O enfermeiro na sua arte é criativo desenvolvendo habilidades no sentido de encontrar modos de ajuda para a pessoa que cuida. É o enfermeiro de família que em contexto de cuidados de saúde primários, melhor conhece a pessoa, a família e os seus contexto de vida, para que com os outros técnicos da doença e do medicamento, possa definir e utilizar as estratégias e recursos da comunidade, para cuidar da pessoa idosa, de acordo com as suas necessidades.

O desenvolvimento de consultas de enfermagem, quer nas unidades de prestação de cuidados de saúde primários, quer através de consultas de enfermagem telefónicas, com enfermeiros peritos, contribuirão para a satisfação das pessoas de quem cuidam. Em cada situação o enfermeiro encontrará o melhor sistema de dar resposta às necessidades das pessoa, mesmo que, ainda segundo OREM, 1993, seja apenas no sistema de educativo e de suporte, em que a pessoa é potencialmente capaz de satisfazer as suas necessidades de auto-cuidado, mas que necessita de aprender e executar através de orientação. O enfermeiro promove a pessoa como agente de auto-cuidado, incentivando-a e facilitando a sua tomada de decisão, o controlo do comportamento e a aquisição de conhecimentos e habilidades que lhe permitam gerir o seu regime medicamentoso. Certo que para além das restrições económicas, a causa evocada para a não adesão à terapêutica, é o esquecimento, que neste grupo etário não poderá, em todos os casos ser considerada como “resistência passiva” à terapêutica ou atitude negligente, o enfermeiro deverá conhecendo a pessoa e os seus recursos, planear com ela as estratégias mais adequadas que lhe garantam a gestão eficaz do regime terapêutico.

Enquadrada no novo modelo de governação de cuidados de saúde primários e da comunidade, na Unidade de Saúde Familiar ou na Unidade de Cuidados na Comunidade, a prática de cuidados dos enfermeiros deverá acompanhar a mudança organizacional. O enfermeiro de família responsável por um conjunto de famílias, algumas de pessoas idosas, mulheres, unipessoais e profundamente isoladas necessita de ter um conhecimento profundo das pessoas que cuida do seu contexto de vida, do seu passado, presente e perspectivas de futuro e que o aprofunde de forma sistemática. O enfermeiro deve centrar a avaliação nessa pessoa, conhecer as suas doenças, não se deve centrar nelas, mas nos reais problemas que a pessoa identifica como prioritários. O

enfermeiro deve avaliar de forma sistemática, as capacidades e as limitações da pessoa e do seu cuidador se for o caso, com instrumentos de medida válidos e fiáveis, passíveis de quantificar ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem, que lhe permita monitorizar o resultado das intervenções longo do tempo. Destaco a necessidade de avaliar a percepção que o idoso tem da sua saúde, da satisfação e qualidade de vida. O estado cognitivo, deve ser avaliado com instrumentos suficientemente sensíveis e específicos que permitam detectar precocemente pequenas alterações, que possam ter implicações na vida da pessoa. Avaliar a capacidade para desempenhar as actividades de vida e instrumentais, a capacidade locomotora, o suporte social e nível de isolamento, do contexto onde vive, bem como hábitos de vida relativos a alimentação e exercício, são dados mínimos, que o enfermeiro deve ter para além da caracterização do regime medicamentoso, do nível de conhecimentos e competências que a pessoa idosa tem para gerir de forma eficaz. Importa avaliar e ficar a saber o que é que a pessoa é capaz ou não é capaz de fazer e se não é capaz de que ajuda necessita para a promoção do auto-cuidado. De que recursos sociais dispõe, quem são os familiares e ou as pessoas da rede social de suporte que em parceria podem contribuir para adequar a intervenção a esta pessoa? Quantas vezes a pessoa necessita, da orientação do enfermeiro, na consulta de enfermagem? Os enfermeiros precisam de ir a casa da pessoa e com a família ou cuidadores, organizar o ambiente para que este se torne seguro e a gestão da terapêutica medicamentosa eficaz. A capacidade de relação, o contexto dos cuidados na comunidade e o tipo de liderança nesses cuidados determinará a aproximação à enfermagem centrada na pessoa e família (Wilson, 2009).

Os cuidados em casa das pessoas e na comunidade serão o maior desafio à prevenção da saúde das pessoas idosas, prevenindo a admissão nos hospitais, em que o enfermeiro como coordenador dos serviços na comunidade é a chave da organização dos cuidados na comunidade à pessoa idosa (Jorm et al, 2010; Lupa et al, 2010; Marek et al, 2006; Vincent-Clayden, 2009 e Nolan, 1995). Como será o futuro dos cuidados de enfermagem na comunidade em Portugal? Neste momento de alguma instabilidade na consolidação da reforma dos cuidados de saúde primários, o enfermeiro deve ter um papel activo na consolidação de prática de cuidados baseada nos resultados dos estudos.

A pessoa idosa é o centro dos cuidados, inserida numa família que pode ser simultaneamente um recurso ou alvo de cuidados. Esta é uma realidade com que os

enfermeiros da prática clínica em cuidados saúde primários se deparam, quer no Centro de Saúde, quer em casa das pessoas, importa perceber de que forma a família pode contribuir para a melhor gestão do regime medicamentoso. Os cuidados de enfermagem para serem efectivos e eficientes, não podem centrar-se na injeção e no penso de acordo com uma prescrição médica, os enfermeiros prescrevem, não o medicamento para a doença, mas intervenções centradas nos reais problemas das pessoas para que de forma segura e eficaz tomem os medicamentos prescritos pelo médico e dispensado pelo farmacêutico, como parceiros, num verdadeiro trabalho de equipa multidisciplinar. Só numa perspectiva multidisciplinar e em diversos contextos de cuidados, será possível garantir cuidados de qualidade como refere Veiga, 2007 que numa perspectiva multidisciplinar, considera que a avaliação da qualidade integrada dos cuidados prestados às pessoas idosas, não se circunscrita a uma única dimensão do cuidado, nem a um único contexto, permitirá compreender como através da aliança de vários indicadores económicos e da satisfação dos clientes e profissionais se podem perspectivar novos desempenhos na organização de cuidados. Os resultados e os achados do nosso estudo permitem, no que se refere à gestão da medicação e à adesão da medicação, que o enfermeiro assuma a coordenação dos cuidados na comunidade.

Os registos e a continuidade de cuidados integrados são fundamentais, pelo que o desenvolvimento de um sistema de informação integrado do processo individual da pessoa, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer dos cuidados diferenciados, pelo menos por unidade local de saúde, é um passo incontornável na qualidade do cuidado a prestar à pessoa idosa.

Ross, O'Tuathauil e Stubberfield, 2005 defendem a avaliação do idoso de forma multidisciplinar, para se conseguir planear e intervir com cuidados adequados e de qualidade. Não me parece que seja possível prestar cuidados de continuidade com qualidade, por nenhum dos profissionais de saúde envolvidos no processo de tratar ou cuidar da pessoa e família, se os cuidados não forem integrados e registados no mesmo sistema de informação. Como se pode falar de integração e continuidade de cuidados centrado na pessoa, se não for possível ao médico prescrever, com base no conhecimento integral da pessoa idosa, através dos seus próprios registos e dos enfermeiros; se o enfermeiro não tiver acesso aos registos médicos que melhor lhe permitam planear e monitorizar os cuidados prestados e a prestar; se cada farmácia

utiliza um sistema de informação independente, em que a pessoa não está condicionada à fidelização, na dispensa de medicamentos, já que os tem que pagar e que esse sistema de informação se baseia nos dados fornecidos pela pessoa e no receituário, mas sem integração com os outros serviços do Sistema Nacional de Saúde; se nenhum deles está integrado com a unidade de cuidados diferenciados onde a pessoa idosa recorre, em fase de agudização de alguma das doenças que tem diagnosticadas, como se poderá falar de cuidados integrados e de gestão da doença crónica centrado na pessoa, sem que estas questões estejam asseguradas. Continuará cada pessoa idosa e cada profissional, irremediavelmente, quando param para reflectir sobre os cuidados que recebem e os outros sobre os cuidados que prestam e no desempenho da sua actividade profissional, a sentirem-se insatisfeitos como pessoa e como profissional!

Importa que cada enfermeiro, no plano individual assuma uma postura de desenvolvimento pessoal e profissional e se assuma no sentido da excelência, na congruência do discurso na acção. No plano institucional se assuma como membro de um grupo profissional, com práticas humanistas e relacionais por excelência e que na equipa multidisciplinar, seja capaz de desenvolver uma prática profissional que assegure, naquilo que lhe cabe, cuidados centrados na pessoa, de forma a contribuírem para uma gestão integrada da doença crónica, de acordo com os desafios das políticas de saúde, nacionais, europeias e mundiais decorrentes dos saberes da evidência científica.

O presente estudo indicou-se que a consulta de enfermagem e as intervenções nela desenvolvidas são uma mais valia, na adesão à medicação da pessoa idosa, é preciso replicá-las para que se evidencie a eficácia das intervenções de enfermagem noutros contextos mais alargados e o conhecimento se torne consistente de forma a integrá-lo na prática de cuidados dos enfermeiros em Portugal.

As pessoas precisam dos enfermeiros na gestão da medicação e na adesão á medicação, os enfermeiros na consulta de enfermagem podem assegurar o aumento de adesão á medicação.

Ensino De Enfermagem

A pessoa idosa, não tem que ser necessariamente doente, mas a idade, embora de forma heterogénea, em nós e entre cada um de nós, provoca alterações que ao longo da vida,

nos tornam mais vulneráveis nos processos adaptativos, independentemente da sua natureza multifactorial e complexa.

Aprender a ser enfermeiro que cuida de idosos, como refere Costa, 2005 é um processo complexo que não é redutível à lógica de aprendizagem escolar, ela é atravessada pelas dinâmicas das equipas que operam nos e sobre os cuidados de enfermagem e pela lógicas estruturais e intrínsecas aos contextos em que os cuidados decorrem. Estamos de acordo, de que ajudar a formar enfermeiros que venham a cuidar de idosos implica uma aprendizagem em contexto escolar e em contexto de cuidados.

Os enfermeiros têm um longo caminho percorrido no ensino do cuidado à pessoa idosa demonstrado pelos curricula das Escolas de Enfermagem que desde os anos 60, apresentam um módulo de Saúde no Idoso, a partir de 1988 consolidaram a formação de cuidado ao idoso, nos módulos de Geriatria e Gerontologia que se mantêm em permanente desenvolvimento (Costa, 2005). Paralelamente que só muito recentemente estas preocupações de ensino específico à pessoa idosa, traduzidas nos respectivos curricula, se alargaram às Faculdades de Medicina e de Farmácia.

Em contexto académico, no 1º ciclo de estudos, o jovem que aprende a cuidar de idosos, deve na nossa perspectiva ser conduzido, a pensar o que será o seu próprio envelhecimento e como se imagina a envelhecer, quem será, o que fará e como se sentirá quando tiver mais idade. Este processo de aprendizagem de desenvolvimento pessoal de perspectivar a nosso próprio envelhecimento, a par de outros domínios teóricos e conceptuais, parecem-nos fundamentais, para um jovem que está a adquirir competências para prestar cuidados ao outro que é idoso. Os enfermeiros necessitam de uma preparação teórica sólida no que se refere à gestão da doença crónica, gestão eficaz do regime terapêutico e medicamentosos em particular.

A formação dos enfermeiros para cuidar de idosos não pode ser apenas académica pelo que voltamos a concordar com Costa, 2008 que citando Schön, Tanner e Benner, elucida a lógica construtiva dos cuidados de enfermagem, considerando: que o conhecimento prático funciona como charneira para aplicação criteriosa de cuidados; que o contexto em que a acção de cuidados se desenvolve é integrador do processo para a sua compreensão; que a compreensão dos cuidados se situa no *continuum* da evolução da enfermagem; que como toda a acção humana, o conhecimento prático adquire

sentido no contexto social e histórico; que a qualidade técnica dos enfermeiros evolui com a experiência, afastando-se da racionalidade técnica.

A formação desenvolve-se com incursões a campo real de cuidados, com aproximações à pessoa idosa, em diferentes contextos de cuidados, onde jovens aprendizes procuram a integração de conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades e de competências. É neste contexto que um verdadeiro trabalho de parceria entre a escola e a prática clínica deve estar estabelecida.

Com a pessoa idosa num Mundo em constante desenvolvimento a necessitar de cuidadores competentes, será a que a noção de “incubadora de ideias” (Cecagno et al, 2009), utilizada noutros contextos de inovação e desenvolvimento, poderá ajudar no desenvolvimento de competências de jovens aprendizes a enfermeiros, que se desejam inovadores e empreendedores e que podem eles próprios ajudar ao desenvolvimento das organizações?

A formação no 2º ciclo de estudos desenvolve nos enfermeiros competências ao nível da perícia em cuidados à pessoa idosa. A individualização da especialização dos enfermeiros de cuidados à pessoa idosa (Mestrado de Enfermagem à Pessoa Idosa) é uma necessidade imperiosa, que deveria ultrapassar constrangimentos de ordem formal, dada a complexidade e especificidade dos problemas das pessoas idosas, cada vez em maior número, em diferentes contextos, na sociedade actual e futura se se mantiver o mesmo nível de desenvolvimento demográfico.

Os enfermeiros peritos são reconhecidos como capazes de definir cuidados específicos e como consultores na sua prática clínica, devendo-se assumir como impulsionadores de práticas de cuidados inovadoras. O reconhecimento da importância de aprofundar conhecimentos sobre a humanização de cuidados, o envelhecimento activo, a pessoa idosa e a sua família em diferentes contextos de vida de saúde e sociais, com várias doenças para gerir são conteúdos mínimos a aprofundar, a par do desenvolvimento de competências de liderança e de dinamização de grupos, através de metodologias centradas nas necessidades dos estudantes, adultos, em espaços de reflexão académica, em contexto de estágio com recurso a elaboração de estudos de caso e desenvolvimento de projectos pedagógicos de cuidados à pessoa idosa.

Aprender a cuidar de idosos deve existir ao longo da vida do profissional de enfermagem, quer ao nível académica quer a nível profissional, pois os processos educativos tem impacto na qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa, como evidenciam Hasson & Arnetz, 2009 e Barba et al, 2009.

Investigação Em Enfermagem E Saúde

O desenvolvimento e exploração conceptual são fundamentais para que a sua compreensão possa ajudar a consolidar a disciplina de enfermagem, continuamente em redefinição (Costa, 2008).

Investigar a natureza da interacção que se estabelece com a pessoa idosa e o enfermeiro na consulta, poderá ajudar a desenvolver e consolidar os resultados encontrados neste estudo que embora com as limitações já apresentadas, revelaram que as intervenções de enfermagem na consulta, contribuíram para um aumento de adesão.

Investigar a qualidade do momento vivido por ambos, poderá ajudar a consolidar a tendência dos resultados encontrados e alargá-los a outras realidades. Será que a razão do aumento da adesão está na natureza dessa interacção e no tipo de comunicação e relação estabelecida?

E que tipo de intervenções, para além da relação, foi mais utilizadas?

A consulta de enfermagem, pode não ser a forma mais eficaz do enfermeiro facilitar a gestão da terapêutica à pessoa idosa. É no contexto onde a pessoa vive que se pretende que ela seja o mais autónomo possível pelo que nos parece pertinente, avaliar como é que nos espaço de cuidados, durante a visita domiciliária se poderá ajudar a pessoa a gerir de forma eficaz o seu regime terapêutico, de acordo com os seus défices de autocuidado. A consulta telefónica deve ser outra possibilidade e a sua eficácia deve ser estudada. A importância da família no processo terapêutico, é fundamental, estudá-la é uma preocupação actual. Nos últimos dois anos orientámos os estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura, a realizarem ensino clínico, no Centro de Saúde, onde decorreram os estudos, que integram esta dissertação, em monografias onde a influência da Família na gestão da medicação da pessoa idosa com doença crónica é enunciada. Perceber de que forma os enfermeiros, no seu processo de cuidar identificam a família como um recurso no cuidar das pessoas que a constituem, uma parceira de cuidados e

ela própria um alvo de cuidados, constituirá uma das preocupações futuras. Cuidar das pessoas e sua família, é um caminho indissociável.

A nossa preocupação no futuro, enquanto linha de investigação orientadora da nossa prática, prosseguirá no sentido de melhor compreender as intervenções complexas no cuidado à pessoa idosa e na consulta de enfermagem, na unidade de saúde ou por telefone, um contexto de intervenção de enfermagem que se revele eficaz na gestão do estado de saúde e da qualidade de vida das pessoas que cuidados. Os cuidados à pessoa idosa em casa, em que a visita domiciliária preventiva poderá ser um caminho para um espaço de cuidados de qualidade é outro alvo da nossa preocupação no domínio da investigação em saúde.

Políticas Públicas Do Envelhecimento

A formulação de políticas para o envelhecimento envolve um conjunto alargado de factores que ultrapassam o âmbito deste trabalho, no entanto não quisemos deixar de explicitar algumas das nossas preocupações. Entendemos que deverão passar em primeiro lugar, pela centralidade da compreensão do fenómeno e o que representa para a sociedade portuguesa o aumento de pessoas com 65 ou mais anos. Não se têm verificado de forma sistemática a sua avaliação e planeamento, embora exista o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e na área da Solidariedade e da Segurança Social, a velhice e as pessoas idosas sejam valorizadas. No que se refere à política do medicamento, não se percebe o sentido e o impacto que elas têm tido, nas pessoas idosas, com poucos recursos para a aquisição de medicamentos. A gestão da medicação deve ter um destaque especial, já que a falta de dinheiro entre outras razões poderá ser geradora de desigualdades.

Relativamente ao significado do estado de saúde, a funcionalidade e a incapacidade das pessoas idosas, de acordo com avaliação que as pessoas fazem do seu estado de saúde, surgem situações desfavoráveis que importa perceber e actuar, pois fica uma margem significativa para ganhos em saúde. O envolvimento e o fortalecimento da literacia em saúde poderão ser uma solução.

As pessoas idosas estão sós e a sua actividade e participação cívica é baixa, a estimulação do voluntariado sénior poderá ser uma forma das pessoas sós, participarem

activamente na sociedade, de forma cívica, fazendo “uso do seu tempo” de forma que as deixe mais realizadas.

As doenças mais prevalentes nas pessoas idosas são as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, a hipertensão, o cancro e a diabetes com as múltiplas repercussões, há uma diversidade de actuações possíveis, mas é de considerar o desenvolvimento dos cuidados na comunidade para dar respostas ao nível da promoção, prevenção primária, secundária e terciária das doenças. O hospital é já hoje e no futuro um bem a ser utilizado com reserva.

Desconhecendo-se ainda os dados sobre a saúde cognitiva das pessoas idosas em Portugal, mas a percepção do estado mental, com elevada prevalência de tristeza, deve condicionar a definição de políticas que os possam ajudar a adquirir robustez mental, para que com os seus recursos internos e externos se adaptem às perdas sucessivas a que vão estando sujeitos ao longo da vida.

O que influência o bem-estar e a qualidade de vida e como se deve proporcionar o seu aumento, implica que se analisem as diferentes dimensões de forma integrada e que as políticas de saúde, sociais e ambientais criem condições para fazer face às dificuldades resultantes do passar dos anos e se proporcione equidade no acesso aos recursos disponíveis.

O rendimento e a educação dos mais velhos determinam a sua posição socioeconómica. Esta é uma área de acentuada fragilidade, são pessoas com idade, com baixos recursos e pouca instrução no entanto é expectável que os futuros idosos tenham mais instrução, não sabemos se terão mais recursos económicos, eventualmente as desigualdades tendem a acentuar-se.

Quanto aos comportamentos de saúde de alimentação e de exercício físico, devem ser integrados num plano terapêutico alargado e requerem intervenção específica, face aos valores de obesidade e excesso de peso encontrados.

As funções relacionais e educativas dos enfermeiros e dos profissionais de saúde, não têm sido valorizadas como instrumentos terapêuticos, o seu custo-efectividade não está calculado. São necessários estudos que valorizem as intervenções de enfermagem, para além das instrumentais e que mostrem os ganhos em saúde, sensíveis a essas

intervenções para que os decisores políticos possam decidir mais esclarecidos e fundamentados e as integrem nas políticas públicas para as pessoas idosas.

O modesto contributo que demos para ajudar a melhorar o cuidado às pessoas idosas, do contacto que tivemos com elas, do grato trabalho de parceria que desenvolvemos com algumas pessoas idosas e a enfermeira do Centro de Saúde, fica-nos a vontade de continuar a participar em novos percursos e novas dinâmicas, nos espaços que se adivinham de mudança e neles possamos contribuir para o desenvolvimento do cuidado à pessoa idosa (assim sejamos capazes de transformar as grandes dificuldades num nicho de oportunidades), no complexo contexto multidisciplinar e centrando nela a negociação dos cuidados. Vamos continuar a sonhar...

10. BIBLIOGRAFIA

- Alto Comissariado da Saúde (2010). Despesa em saúde e medicamentos. http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/03/cap4_Atlas.pdf (acedido 24/11/2010)
- ALLARD,J et al (2001) – Efficacy of a clinical medication review on the number of potentially inappropriate prescriptions prescribed for community-dwelling elderly people.CMAJ,2001;164(9):1291-6
- ALLIOT,S (2004) – Medication Compliance; National epidemic costs more than 125,000 lives,\$100 billion a year. Expanding Reporting. Obesity, Fitness & Wellness Week .2004 ; Jul :637
- ALMEIDA, M.C.F. (2009) – Promoção da Saúde depois dos 65 anos. Elementos para uma política integrada de envelhecimento. Dissertação de Doutoramento, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2009
- ALVAREZ, A.; CLARAL.G.(1995) - Problemas particulares da terapêutica medicamentosa do idoso. In Grupo de Investigação e Tratamento do Hipertenso Idoso – A hipertensão arterial no idoso. Porto. Laboratório BIAL 1995; 165-176
- AMINZADEH,F (2000)- Adherence to recommendations of community-based comprehensive geriatric assessment programmes. Age and Ageing; Sep 2000;29,5:401-407
- ANDRÉ, M.R.(2005) – Adesão à Terapêutica em pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. Stória Editores,2005
- ATREJA,A.; BELLAM,N.;LEVY,S.(2005) – Strategies to enhance patient adherence: making it simple. Meds Gen Medic .2005; 7(1): 4. www.medscape.com/viewarticle/498339
- AVORN,J.(1995) – Medication use and the elderly: current status and opportunities. Health Affairs.1995.14(1);276-86
- BANNING,M.(2004) – Enhancing older people’s concordance with taking their medication. British J Nursing.2004;Jun,13(11):669-674
- BANNING,M.(2004a) – Enhancing concordance prescribed medication in older people. Nursing Older People.2004; March, 16(1):14-17
- BANNING,M.(2005) – Medication management: older people and nursing. Nursing Older People, 2005;17(7):20-24
- BANNING,M.(2007) – Medication management and the older person. In BANNING,M – Medication management in care of older people.2007.Oxford Blackwell Publishing Ltd. ISBN:978-1-4051-5174-0,p57-70

BANNING,M.(2007a) –Concordance with medication and older people. In BANNING,M – Medication management in care of older people.2007.Oxford Blackwell Publishing Ltd. ISBN:978-1-4051-5174-0 p88-102

BANNING,M.(2007b) – The application of applied pharmacology to the older person. In BANNING,M – Medication management in care of older people.2007.Oxford Blackwell Publishing Ltd. ISBN:978-1-4051-5174-0,p39-56

BANNING,M.(2008) – Older people and adherence with medication: a review of literature. *Int J Nurs Stud*,2008;45 :1550-1561

BANNING,M.(2009) – A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. *Int J Nurs Stud*, 2009; doi 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.011

BARAT,I; ANDREASEN,F; DAMSGAARD,E.M.S (2001)– Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do – *Br J Clin Pharmacol*,2001; 51:615-622

BARBA ,B.E. et al (2009) – Does continuing education in gerontology lead to changes in nursing practice? *Journal of Gerontological Nursing*.2009.35(4):11-17.

BARBER, N. et al (2004) – Patients’ problems with new medication for chronic conditions. *Qual. Saf. Health Care*. 2004;13:172-75

BASTIAENS,H. et al (2007) – Older people’s preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries.*Patients Education and Counseling*,2007;68:33-42 . doi 10.1016/j.pec.2007.03.025. (acedido 20-03-09)

BASTO,M.L.(2007) – Construção do saber em enfermagem. In *Aprendendo o cuidado de enfermagem. Entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*. ESFMR Lisboa. 2007

BASTOS,F.S.(2004) – Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo2.Participação das esposas no plano educacional. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Porto. Faculdade de Medicina .Porto ,2004.

BECKMAN,A.G.K.;PARKER-M-G.;TORSUND,M. (2005) – Can elderly people take their medicine? *Patient Education and Counseling*.2005(59):186-191

BEERS, M.H (1997) – Medicamentos para idosos. In CALKINSE FORD,A.B.;KATZ,P.R. – *Geriatría Prática* 2ª ed Rio de Janeiro. Revinter 199734-52 ISBN 85-7309-175-4

BEERS,M.H *et al* (2000) – Drugs and the elderly, part 1: the problems facing managed care. *The American Journal of Managed Care*.2000;6(12):1313-1320

BEERS,M.H *et al* (2001) – Drugs and the elderly, part 2: strategies for improving prescribing in a managed care environment *The American Journal of Managed Care*.2001;7:69-72

BEERS, M.H *et al* (2004) – The Merck Manual of Health & Aging. New Jersey..Merck & Co,Inc.2004

BENNER, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto Editora.2003

BENNETT,P. (2002) - Introdução Clínica à psicologia da saúde. Climepsi. Manuais Universitários 23.Lisboa.2002

BERDOT,S. *et al* (2009) - Inappropriate medication use and risk of falls – A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. BMC Geriatrics 2009, 9:30doi:10.1186/1471-2318-9-30.

BERGER,L e Mailloux-Poirier, (1995).- Pessoas idosas. Uma abordagem global. Lisboa. Lusodidacta, 1995

BERGMAN-EVANS,B.(2006) – Evidence-based guideline. Improve medication management for older adult clients. J Gerontological Nursing, 2006Jul;32(7):6-14

BERGMAN-EVANS,B.(2006a)–AIDES to improving medication adherence in older adults. Geriatric Nursing, 2006;27(3):174-183

BERNABEI,R. *et al* (1998) – Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community.BMJ.1998.316:1348-1351.

BEYTH,R,J; SHORR,R.I(1999)- Epidemiology of adverse drug reactions in the elderly by drug class. Drug and Aging 1999 Mar; 14(3):231-239

BHATTACHARYA,D. *et al* (2008) - Pharmacist domiciliary visiting in England: identifying the characteristics associated with continuation. Pharm World Sci,2008;30:9-16

BIESZK,N. *et al* (2003) – Detection of medication no adherence through review of pharmacy claims data. Am J Health-Syst Phar.2003;60(15):360-366

BISCHOFF,A;EKOE, T; PERONE, N;SLAMA S, LOUTAN L (2009) - Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa: Whose Business Is It? *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2009, 6, 2258-2270; doi:10.3390/ijerph6082258 (acedido, 30/10/2010)

BISSELL,P (2003) – Compliance, concordance and respect for the patient's agenda. Pharm J 2003; (271): 498-500

BISSONNETTE,J.M. 2008 – Adherence: a concept analysis – Nursing 63(6),634-643

BLACKWOOD,B.(2006) – Methodological issues in evaluating complex healthcare interventions.Journal of Advanced Nursing 2006.54(5):612-622

BODENHEIMER,T; MAcGREGOR, K; STOTHART,N(2005)-Nurses as leaders in chronic care. Their role is pivotal in improving care for chronic diseases *BM* 2005; 330:612–3

BOSCH-CAPBLANCH, X. et al (2009) – Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, preventing and health promotion activities (review).). The Cochrane Library.2009; Issue (3)

BOSWORTH, H.B. et al (2004) – Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. Patient Education and Counseling. 2005;57:5-14

BOTELHO, M. A.(1999) – Autonomia funcional em idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano. Dissertação de doutoramento, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 1999

BOTELHO, M. A.(2005) - A funcionalidade dos idosos. In PAÚL, C; FONSECA, A.M. (2005) – Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores 2005

BOTELHO, M. A. (2008) – Critérios de monitorização biopsicossocial nas UCC. Método de avaliação biopsicossocial: MAB. Sinapse.2008;8 (1): 79-81

BRYMAN,A.(2006) – Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? Qualitative Research. 2006.6(1):97-113

BRANCO, M.J; NOGUEIRA, P.J.; DIAS,C.D. (2001) – MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI. Lisboa: ONSA,2001

BRANDÃO, F.(1995) –Farmacoterapia geriátrica - In SOCIEDADE PORTUGUESA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - Temas em Geriatria .Tomo I. Lisboa: Prismédica, 1995;203-222.

BRANDT,N (2006) –Geriatric polypharmacy: unravelling the mystery. Johns Hopkins Adv Stu Med 2006 Apr; 6(4):182-188,

BRAWLEY,L.R.&CULOS-REED,N (2000) – Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. Controlled Clinical Trials, 2000; 21:156s-163s

BREKKE,M et al (2008) – Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice :how common? Scandinavian J Primary Health Care, 2008; 26:80-85

BRESSLER,R.;BAHLJ.J (2003) - Principles of drug therapy for the elderly patient-Mayo Clin Proc.2003;78:1564-1577

BUCHMANN, W.F. (1997)– Adherence: a matter of self-efficacy and power. J Advanced Nursing.1997;26:132-137

BUGALHO,A; CARNEIRO, A.V. (2004) – Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. CEMBE-FML .Lisboa 2004.

BUCKWALTER, K.C. et al (2004)- New technology for medication adherence: electronically managed medication dispensing system.2004;Jul39(7):5-8

BURGE, S. et al (2005) – Correlates of medication knowledge and adherence: findings from the residency research network of South Texas. Fam Med.2005Nov-Dec;37(10)-712-18

BUSHARDT RL, JONES KW.(2005) - Nine key questions to address polypharmacy in the elderly. JAAPA. 2005 May;18(5):32-7

BUSSE,R. et al (2010) – Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. Observatory Studies Series.nº20.WHO.2010

CABETE, D.C. (2005) - O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Lisboa Lusociência.2005.ISBN:972-8383-89-4

CABRAL, M.V.SILVA, P.A. (2010) – A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. A adesão à terapêutica em Portugal Conferencia AFIPARMA 2009,Lisboa.www.apifarma.pt (acedido a 16de Abril de 2010)

CALAÇA et al (1986) – Estudo do perfil de aderência dos doentes numa consulta hospitalar de hipertensão. Revista Portuguesa de cardiologia.1986;5:285-289

CALDEIRA, J.C.L.(1995)– Interações farmacológicas no idoso. In SOCIEDADE PORTUGUESA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - Temas em Geriatria .Tomo I. Lisboa: Prismédica, 1995;193-199.

CAMERON,C(1996) – Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. J Advanced Nursing.1996;24:244-250

CAMERON,A.K; RICHARDSON,A.W (2001) - A guide to medication and aging. Generations Winter 2000/2001;24,4: 8-20

CAMPBELL,M.C. ET AL(2000) –Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 2000.321:694-6.

CAMPBELL, M.C. et al (2007) – Designing and evaluation complex interventions to improve health care.BMJ.2007;334:455-9

CANAVARRO, M. C. et al (2007) – WHOQOL-BREF - Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In SIMÕES, M.R. et al-Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa. (Volume III.). Coimbra: Quarteto Editora

- CARAMÉ,P.O et al (1997) – Relacion de la adhesión al tratamiento médico farmacológico con factores sociales, funcionales y con el estado cognitivo en población demandante de edad avanzada .Atención Primaria.1997; Oct, 20(6):324-328
- CAMARGO,I.L. & CARO,C.V. – El papel autónomo de enfermería en las consultas. Av. Enferm., 2010.XXVIII (1): 143-150
- CARNEIRO, A.V. (2004) – A doença coronária na Diabetes *Mellitus*. Factores de risco e epidemiologia. Rev Port Cardiol2004; 23 (10): 1359-1366
- CARGILL J.M (1992)-Medication compliance in elderly people: influence variables and interventions. J Advanced Nursing.1992; 17:422-426
- CARLSON, M.C. et al (2005) – Validation of the Hopkins medication schedule to identify difficulties in taking medications. Journal of Gerontology. 2005;60A:217-223
- CECAGNO, D. et al (2009) – Incubadora de aprendizagem na enfermagem: inovação no ensino do cuidado. Rev. Bras Enferm. 2009.62(3):463-6
- CHIA, L,R;SCHLENK,A.E.;DUNCAR-JACOB,J (2006) – Effect of personal and cultural beliefs on medication adherence in the elderly. Drug Aging 2006;23(3):191-202
- CHRISSCHILLES, E.A. et al (1992) – Use of medications by persons 65 and over: data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly – Journal of Gerontology, 1992 47, 5:137-144
- CHRISTENSEN,K. et al (2009) – Ageing populations: the challenges ahead. Lancet 2009;374:1196-208.
- CIOMS (2002) – International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects.CIOMS.Geneva.2002
- CIPE (2006) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. ICN . Ordem dos Enfermeiros. 2006
- CIPE (2009) – Estabelecer parcerias comos indivíduos e famílias para promover a adesão ao tratamento. CIPE. ICN. Ordem dos Enfermeiros.2009.
- CLAESSON, S. et al (1999) – Compliance with prescribed drugs: challenges for the elderly population. Phar World &Science.1999;21(6):256-259
- CLARK,N.M.(2003) –Management of chronic disease by patients. Annu. Rev. public Health 2003,24:289-313.Doi 10.1146/annrev.publhealth.24.100901.141021 (acedido 18/07/08)
- CLEEMPUT,I;KESTELOOT,K;DEGEEST,S (2002)- A Review Of Literature On Economics of non-compliance. Room for methodological improvement. Health Policy 59(2002) 65-94

CNA(2005) –Chronic disease and nursing: a summary of the issues. www.cna-nurses.ca/cna (acedido 20/07/2008)

COAMS,R (1997)- Non-compliance costs billions: Researcher. CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 05/15/97, Vol. 156 Issue 10, p1371, 1/2p; (AN9706083936)

COHEN,I. et al (1998) – Predictors of medication use compliance and symptoms of hypotension in a community-based sample of elderly men and women. J Clinical Phar and Therapeutics.1998;23:423-432

COL,N.;FANALE,J.E.; KRONHOLM,P (1999) – The role of medication non-compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. Arch Intern Med.1999 Apr;150(4):841-5

COLEMAN,D.J.(2005) –Medication Compliance in the elderly. J. Community Nursing.2005;Aug,19(8):4-6

COLLIÈRE ,M.(1989) – Promover a vida .Lisboa.1989 SEP

CONN,V.S.;TAYLOR,S.G.& KELLEY,S (1991) – Medication regimen and adherence among older adults. Image: The journal of Nursing Scholarship. 1991;23, 231-235

CONN,V.S.;TAYLOR,S.G.& STINEMAN,A(1992) – Medication management by recently hospitalized older adults. Journal of Community Health Nursing, 1992;9(1): 1-11

CONN,V.S.;TAYLOR,S.G.& WEINKE,J.A.(1995) – Medication regimen complexity and adherence among older adults. Image :Journal of Nursing Scholarship 1995;23(4):231-235

CONN,V.S (2007) –Intervention? What Intervention? – Western Journal Of Nursing Research.2007;29(5):521-22

CONN,V.S et al (2009) - Interventions to Improve Medication Adherence Among Older Adults: Meta-Analysis of Adherence Outcomes Among Randomized Controlled Trials. The Gerontologist 2009;49(4):447-462; doi:10.1093/geront/gnp037.

CONNOR,J.;RAFTER,N.;RODGERS,A.(2004) – Do fixed dose combination pills or unit-of-use packaging improve adherence? A systematic review. Bull Word Health Org.2004, Dec;82(12):935-939

CONSORT GROUP (2001) – The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration .Ann Intern Med.2001; 134:663-694

CONSORT GROUP (2008) -

COOK,C.L. et al (2005) – Concordance among three self-reported measures of medication adherence and pharmacy refill records. J.Am Pharm assoc.2005;45:151-159.

COOPER,C. et al (2005) - The AdHOC study of older adult's adherence to medication in 11 Countries. Am J Geriatr Psychiatric. 2005 Dec;13(12):1067-76

CORLETT,A.J (1996) - Caring for older people: aids to compliance with medication. BMJ1996;313:926-929

CORREIA et al (2005) – Aplicabilidade do estado de situação no cálculo da complexidade do tratamento farmacológico em pacientes diabéticos. Seguimento farmacoterapêutico,2005;3(2):103-111

CORREIA,J.M(2003)– Introdução à gerontologia. Universidade Aberta Lisboa, 2003

CORSONELLO,A et al (2009) – Regimen complexity and medication nonadherence in elderly patients. Therapeutics and Clinical Risk Management.2009,5:209-216

COSENTINO, B.W.(2002)– Preventing polypharmacy: problems for the elderly. Nursing Spectrum 2002;July

COSTA, M.A. (2002) – Cuidar Idosos. Formação Práticas e Competências dos enfermeiros. Formasau/ EDUCA, Lisboa 2002

COSTA, M.A. (2005) – Cuidados de Enfermagem aos idosos. Percursos de formação e investigação. In PAÚL,C; FONSECA,A.M.(2005) – Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores 2005

COSTA,M.A.(2008) – Aprender a Cuidar. In GOMES, Luís Miguel, ed. lit. - Enfermagem e úlceras por pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados: de la reflexión sobre la disciplina a las evidencias en los cuidados. [S.l.]: Grupo ICE - Investigação Científica em Enfermagem, [2008]. 341 p. ISBN 978-972-8612-41-2.

COSTA.S (2009) – Polimedicação na população idosa portuguesa. Lisboa. CEFAR 2009

CRAMER,J.A (1998)- Enhancing patient compliance in the elderly. Role of packaging aids and monitoring. Drug Aging.1988Jan12(1):7-15

CRESWELL,J.W.(2003) – Research design: qualitative and quantitative and mixed methods approaches.2nd ed . Thousand Oaks, California: Sage,2003

CURRY,L.C. et al (2005) – Teaching older adults to self-mange medications. Preventing adverse drug reactions. J Gerontological Nursing, 2005;31(4) 32-42

CUSACK,B.J.; NIELSON,C.P.;VESTAL,R.E.(1997) – Geriatric clinical pharmacology and therapeutics. In SPEIGHT,T.M.; HOLFORD,N.H.G. – Avery's drug treatment,4th ed. ISBN – 86471-036-4 Auckland:Adis International,1997;173-223

DAVIES,N.J.(2010) – Improving self-management for patients with long-term conditions. Nursing Standard.2010.24(25):49-56.

- DE LA CUESTA, CÁRMEN (1997) – Investigación cualitativa en el campo de la salud”, Revista Rol de Enfermería, 232, 13-16
- DELGADO,A.R;LIMA,M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia Saúde & Doenças;2 (2):81-100
- DIEPPE. P (2010) – Defining Complex Interventions – Researching complex interventions: from framework to implementation. Workshops. University of EXETER e EANS <http://www.european-academy-of-nursing-science.com/nursing-as-a-complex-intervention/> (20/7/2010)
- DGAS(2007) – Consulta de enfermagem em atenção primária. Consulta de enfermagem a demanda. DGAS. Espanha, Março 2007.
- DGS (2005) – Saúde em Portugal. Indicadores básicos. Lisboa: DGS, 2005
- DGS (2005a) – Morbilidade Hospitalar. Serviço Nacional Saúde 2002-2003. Lisboa; DGS, 2005
- DGS (2008) - Papel dos cuidados de saúde primários num modelo de gestão integrada de doenças crónicas. Lisboa, DGS,2008. www.dgs.pt , acedido 23/09/09)
- DGS (2009) – Elementos estatísticos. Informações Gerais. Saúde/2007. Lisboa DGS, 2009. ISSN0872-1114
- DIMATTEO,M.R(2004) – Variations in patients’ adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research.Medical Care.2004;42(3):200-209
- DINGWALL,L(2007) – Medication issues for nursing older people(part1).Nursing Older people,19(1):25-30
- DOCHTERMAN,J.M.& BULECHEK,G.M.(2008) – Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), 4ª ed ARTMED, São Paulo,2008
- DOGGRELL,S.A.(2010) – Adherence to medicines in the older- aged with chronic conditions: does interventions by na allied health professional help?. Drugs & Aging.2010,27(3):239-54.
- DUARTE,J.S. et al(2009) – A diabetes em Portugal. Uma análise do Estudo Amália. Factores de risco.2009.13:24-31
- DUKE,S .A.S. et al(2009) – Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus.(review) Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009. Issue(1)147p. Doi.10.1002/14651858.CD005268.pub2.
- DUNCAR-JACOB,J ET AL (2003) – Medication adherence in persons with cardiovascular disease. J Cardiovasc Nurs. 2003; 18(3):209-218

EDLUND.B.(2004) - Medication Use and Misuse – Journal of Gerontological Nursing. 2004,July; 30:7:4

EIJJ,V. et al (2009) – Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus (review) . Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009.147p. Doi.10.1002/14651858.CD003638.pub2.

EISENHAUER,L.A.(1998a)– Psychosociocultural aspects of drug therapy .In EISENHAUER,L.A.;MURPHY,M.A.– Pharmacotherapeutics & advanced nursing practice. NewYork; McGraw-Hill,1998;37-52 a

EISENHAUER,L.A. (1998b)–Variations in patient responses to drug therapy: role of pharmacodynamics and pharmacokinetics.In EISENHAUER,L.A.;MURPHY,M.A.– Pharmacotherapeutics & advanced nursing practice. NewYork; McGraw-Hill,1998; 53-79b

EISENHAUER,L.A.(1998c)–Clinical issues in specific populations: drug therapy in elderly patients. In EISENHAUER,L.A.;MURPHY,M.A.– Pharmacotherapeutics & advanced nursing practice. New York; McGraw-Hill,1998;153-167c

EKMAN,I et al (2007) - Standard medication information is not enough: poor concordance of patient and nurse perceptions. Journal of Advanced Nursing, 2007; 60(2): 181-186

ELLENBECKER,C.;FRAZIER,S. & VERNEY,S. (2004) –Nurse's observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. Geriatric Nursing,2004;25(3):164-70

ELLIOT,R.A. et al (2007) – Strategies for coping in a complex world: adherence behaviour among older adults with chronic illness. Society of general internal medicines,2007;22:805-810

ELLIOT,R.A. & MARRIOTT,J.L. (2009)- standardised assessment of patients' capacity to manage medications: a systematic review of published instruments. BMC Geriatrics2009,9:27.doi:10.1186/1471-2318-9-27

ERLENJ.A.(2002) – Adherence revisited: the patient's choice- Orthopaedic Nursing.2002;March/April,21(2):79-82

ESPÓSITO,L (1995) – The effects of medication education on adherence to medication regimens in an elderly population. J Advan Nurs.1995;21:935-43

EUROSTAT_YEARBOOK (2009) - <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (accedido em 1/10/2009)

EVANGELISTA,L.S. et al(2003) - Compliance Behaviours of elderly patients with advanced heart failure. J. Cardiovasc. Nurs.200318(3):197-206

EVENDEN,A&GESTY,K(2007) – The physiology of human ageing . In BANNING,M – Medication management in care of older people.2007.Oxford Blackwell Publishing Ltd. ISBN:978-1-4051-5174-0

FARMER,K.C.(1999) - Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. Clinical Therapeutics, 1999;21:6;1074-1090

FARMER,T et al (2006) – Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. Qual Health Res.2006.16 (3):377-394

FARRIS.K.B.&PHILLIPS,B.B.(2008) – Instruments assessing capacity to manage medications. The Annals of pharmacotherapy.2008; 42:1026-36

FARMER,R.E.(2003) – Is concordance the primrose path to health? BMJ 2003;327:821-822.

FERNANDES, A. A. et al (2006) - Desigualdade de género no acesso a cuidados de saúde. Relatório preliminar apresentado no encontro do Aachen Group.
<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/99A2BC01-30A2-4BB9-ABFF-F92CBC498CCC/> (acedido 30/11/2010).

FERNANDES, A, A (2007) – Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). Análise Social, vol. XLII (183), 2007, 419-443.

FIALKO.L et al – A large-scale validation study of Medication Adherence Rating Scale (MARS).Schizophrenia Research,2008.100:53-59

FICK,D.M. et al (2003) – Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults .Results of a US Consensus Panel of Experts. Arch Intern Med. 2003;163:2716-2724.

FILLENBRAUM (1996) – Functional Ability . In: EBRAHIM, S.; KALACHE, A. – Epidemiology in old age. London: BMJ,1996; 228-235

FLECK et al (1999) – Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). Revista de Saúde Pública, 33(2): 198-205

FLECK, M.P.A. (2000) – O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciência & Saúde Colectiva.2000;5(1): 33-38

FLICK,U (2005) – Métodos qualitativos na investigação Científica.2005. Lisboa. Monitor

FOLTSTEIN, M.F.; FOLSTEIN,S.E.; McHUGH,P.R (1975).-“ Mini-mental statement. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198

FONSECA, A.M. (2005) – Desenvolvimento humano e envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores, 2005

FORTIN, M- F(1999) – O processo de investigação. Da concepção à realização. Loures. Lusociência.ISBN:972-8383-10X

FRANK, A. (1994) – Medication compliance in the elderly- Generations. 1994. Summer, 18(2):28-34

FRAZIER,S.C.(2005)– Health Outcomes and polypharmacy in elderly individuals. Journal of Gerontological Nursing.2005 Set; 31, 9:4-11

FREEMAN,T.(2006) – “Best practice” in focus group research: making sense of different views . Journal of Advanced Nursing, 2006; 56(6):491-497

FRICH, L.M.H. (2002) – Nursing interventions for patients with chronic conditions. J Advanced Nursing 44(2), 137-153.

FRIES,JF (1980) – Aging, natural death and the compression of morbidity Engl. J Med.1980;303:130-5

FRIES, JF (2003) – Measuring and monitoring success in compressing morbidity. Ann Intern. Med.2003; 139:455-459

FULMER.T et al (1999) – An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. J Gerontological Nursing.1999;Aug,25(8):6-14

FULMER, T. et al(2001) – What the literature tells us about the complexity of medication compliance in the elderly.Generations.2000-2001; Winter,24(4):43-48

FULTON, M.M.&ALLEN,E.R.(2005) – Polypharmacy in the elderly: a literature review. J Am Acad Nurse Pract 2005; 17:123-32

GARDETE ET AL (2010) – A diabetes em Portugal, PREVADIAB Estudo da Prevalência. Lisboa; Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

GEORGE,J et al (2008) - A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. Drugs Aging. 2008;25(4): 307-24.

GOYETTE, G. ; LESSARD-HÉBERT, M. ; BOUTIN, G (2005)- Investigação Qualitativa . 2ª EDIÇÃO – 2005. Porto Editora. Instituto Piaget ISBN 019727717373

GALEGO, C.; GOMES, A. A (2005). - Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação Revista Lusófona de Educação, 2005, 5, 173-184

- GASCÓN, J. J. e tal (2004) – Why hypertensive patients do not comply with the treatment. Results from a qualitative study. Family practice,2004;21(2):125-130. doi 10.1093/fampra/cmh202. acedido 7/8/2008
- GAUGLER,J.E. et al (2007) – Predicting nursing home admission in the US: a meta-analysis. BMC Geriatrics.2007.7:13 . Dói:10.1186/1471-2318-7-13
- GIL,A.P.M.(2007) – Heróis do quotidiano,Dinâmicas familiares na dependência. Dissertação de Doutoramento em Sociologia. Apresentada na Faculdade Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.2007
- GEORGE ,J et al(2004) – Development and validation of the Medication Regimen Complexity Index. Ann Pharmacother.2004;38(9):1369-1376
- GEORGE ,J. et al (2008) – A systematic review of interventions to improve medications taking in elderly patient prescribes multiple medications. Drug Aging.2008,25(4):307-324.
- GESICA INVESTIGATORS (2005) – Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: controlled trial.BMJ 2005Aug;331(7514):425-
- GRIFFITHS,R. et al (2004) – A nursing interventions for quality use of medicines by elderly community clients. Int J Nurs Practice.2004;10:166-176
- GRIFFITHS,R. (2006) – Improving patients' adherence to medical regimens. Practice Nursing, 2006;31(4):21-24
- GRUDENS-SCHUCK,N; LUNDY ALLEN,B; LARSON,K.(2004).Focus Group Fundamentals. Ames Iowa :Iowa State University Extension. <http://www.extention.iastate.edu/Publications/PM1969B.pdf> . (acedido em 27/7/2006)
- GRYPDONCK,M.H.F.(2006) – Qualitative health research in the era of evidence-based practice – Qualitative health research,2006; 16(10):1371-1385. doi :10.1177/1049732306294089 acedido 5/7/2008
- GUERREIRO,M.P. et al (2005)– Considerations on preventable drug-related morbidity in Primary Care. Part 1-Impact of preventable drug-related morbidity. Rev Port Clin Geral. 2005;25:269-79
- GUERREIRO et al (1993) –Adaptação à população portuguesa da tradução do “*Mini Mental State Examination*”(MMSE). Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz. Hospital de Sta Maria
- GURWITZ,J.H. et al (2003) - Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in ambulatory setting . JAMA 2003;289(March 5); 1107-16
- GURWITZ,J.H. et al (2005) – The incidence of adverse drug in two large academic long-term care facilities. Am J Med.2005; 118:251-58

HALE,L.S. et al (2009) – Utilização potencialmente inapropriada de medicamentos nos adultos idosos hospitalizados: uma avaliação com base nos critérios de Beers completos. *Patient Care*,2009;14(145):62-75.

HALLBERG (2009) – Nursing as a Complex intervention. <http://www.european-academy-of-nursing-science.com/nursing-as-a-complex-intervention/> (acedido 20/11/2010)

HALLING, A. et al (2006) – Validating the Johns Hopkins ACG Case –mix system of the elderly in Swedish primary health care. *BMC Public Health*. 2006.6:171.doi:10.1186/1471-2458-6-171.

HAMILTON, H.J. et al (2009) - Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatrics* 2009, 9:5doi:10.1186/1471-2318-9-5

HASSON,H &ARNETZ,J,E.(2009) – The impact f Ana educational intervention on nursing staff ratings of quality of older people care: a prospective, controlled intervention study. *International Journal Nursing Studies*,2009,46:470-478

HAYES,K.S.(1998) - Randomized trial of geragogy-based medication instruction in the emergency department. *Nurs Res*,1998; 47(4): 211–218

HAYES,K.S.(1999) - Adding medications in the emergency department: effect on knowledge of medications in older adults. *Journal of Emergency Nursing*, 1999;25:178-82)

HAYES,K(2005)- Designing written medication instructions. Effective ways to help older adults self-medicate. *J Gerontological Nursing*. 2005, May; 31(5):5-10

HAYNES,R.B. et al (2006) – Interventions for enhancing medication adherence. (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.2006; Volume (1)

HAYNES,R.B. et al (2006 a) – Clinical Epidemiology. How to do clinical practice research.3rd ed. LWW, EUA. ISBN 0-7817-4524-1

HAYNES,R.B. et al (2009) – Interventions for enhancing medication adherence. (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;2;1-164 Doi 10.1002/14651858.CD000011.pub3

HAWHSHEAD,J & KROUSEL-WOOD(2007) – Techniques for measuring medication adherence in hypertensive patients in outpatient settings. *Disease Manage Health Outcomes*.2007;15(2):109-118

HAZZARD,W.R.(1999) –Preventive gerontology: a personalized, designer approach to a life of maximum quality and quantity. In HAZZARD,W.R. ,[et al]-Principles of geriatric medicine and gerontology.4^aed. New York: McGraw-Hill,1999; 239-245

HEIBY,E.M ET at al (2005) – The Health Compliance Model –II . *Behaviour Analyst Today*, Jan 2005; 6(1):27-42

HENEGHAN,C.J.;GLASZIOU,P.;PERERA,R.(2006)– Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications. (Cochrane Review). The Cochrane Library.2006 ;Volume (1)

HENRIQUES, M.A.(2007) - Adesão ao Regime Terapêutico em Idoso, texto integral, no sítio da Universidade de Lisboa
<http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF>

HENRIQUES, M.A. (2007a) - Adesão ao regime medicamentoso em idosos. Revisão sistemática. III Congresso em Saúde e Qualidade de Vida. Porto. 14 Fevereiro 2007.

HENRIQUES, M.A. (2008) – Medication Regime Management for the elderly (systematic review) XII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería (Investén-isciii) e 6º Coloquio Bianual Joanna Briggs. Córdoba, del 12 al 15 de Noviembre de 2008 (Poster).

HENRIQUES, M.A (2009) – Adesão ao regime medicamentoso em idosos. (Revisão sistemática 2004-2006.33-40, in Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida -“Saúde e Qualidade de vida”. Porto. 2009 Estado da Arte. ESEP. ISBN 978-989-96103-1-6

HERVÉ,C ; MULLET,E; SORUM P.C.(2004) – Age and Medication Acceptance. Experimental Aging Research,; 2004; 30:53-273

HESBEEN,W.(2000) - Cuidar no hospital : enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar . Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8

HESBEEN.W(2001) – Qualidade em enfermagem.Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures:Lusociência 2001 ISBN:972-8383-20-7

HIGGINS,N;REGAN,C.(2004) - A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. Age and Ageing.2004; 33:224-229

HOBDEN,A.(2006) – Strategies to promote concordance within consultations. British Journal of Community Nursing, 2006;11(7):286-289

HOLZEMER,W.L. et al (2006) – Testing a nurse-tailored HIV medication adherence intervention. Nursing Research. 2006.55(3):189-197

HOPE,C.J. et al (2004) – Barriers to Adherence in Elderly Heart Failure Patients. Drug Information J.2004;38:331-341

HOWARD,R.& AVERY,T. (2004) – Inappropriate prescribing in older people.Age and Ageing,2004;33:530-532

HOWES.K (2005)- Medications compliance. Update 2005;71(4):76-79. (An 18843894)

HUANG et al (2004) – The efficacy of a a home-based nursing program in diabetic control of elderly people with diabetes mellitus living alone. Public Health Nursing. 2004.21(1):49-56

- HUGHES,C.M.(2004)– Medication non-adherence in the elderly. *Drug Aging*.2004; 21(12):793-811
- HUGHES,S (2003) – The use of non face-to-face communication to enhance preventive strategies. *J Cardiovascular Nursing*.2003Set/Oct;18(4):267-73
- ICN (2002) – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – versão Beta 2 (1ª ed.) Genebra: International Council of Nurses.
- ICN (2005) – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – versão1,0 (1ª ed.) Genebra: International Council of Nurses.
- ICN (2006) – www.icn.ch/definition.htm (acedido 3/5/2006)
- ICN (2009) – Planning human resources for nursing. www.icn.ch/guidelines.htm (acedido24/9/09)
- ICN&ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Catálogo CIPE. Ordem dos Enfermeiros, 2008. Lisboa. ISBN 978-989-96021-1-3
- ICN&ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Servir a Comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Ordem dos enfermeiros, 2010.Lisboa.ISBN 978-989-96021-9-9
- INFARMED(2008) – Estatísticas do Medicamento.2008. Infarmed
- INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (IEFP) – Classificação Nacional das Profissões/94 .IEFP. 2001
- IIHARA,N et al (2008) - Comparison of individual perceptions of medication costs and benefits between intentional and unintentional medication non-adherence among Japanese patients.*Patient Education and Counseling*, 2008;70 (2): 292-299
- INE (2002) – O envelhecimento em Portugal. www.ine.pt (acedido em 9/3/06)
- INE (2005) – Dia Internacional do idoso - 2005. www.ine.pt (acedido em 9/3/06)
- INE (2009) –Portugal em Números 2007. INE 2009 www.ine.pt (acedido em 23/9/09)
- INE (2009a) – Tábua completa de mortalidade para Portugal 2006-2008. INE 2009 www.ine.pt (acedido em 23/9/09)
- INSA/INE (2009) – Quarto Inquérito Nacional de Saúde - 2005 / 2006. www.ine.pt (acedido em 23/9/09)
- INE (2010) – Homens e Mulheres em Portugal -2010.www.ine.pt (acedido em 20/9/10)
- IRELAND,G.A.(1996) – Aging well with fewer medications. *American Behavioral Scientist*,1996;39(3):306-316

ISAAC,L.M;TAMBLYNR.M.(1993)- Compliance and cognitive function: a methodological approach to measuring unintentional errors in medication compliance in the elderly. The Gerontologist.1993;Dec33(6):772-781

INSTITUTO DO EMPREGO E Formação Profissional (1998). Classificação Nacional das profissões – versão 94 – Adenda

IVANOFF,S.D. & HULTERBERG,J. – Understanding the multiple realities of everyday-life:basic assumptions in focus-group methodology. Scandinavian Journal of Occupational Therapy,2006;13:125-132 Doi:10.1080/11038120600691082. (acedido 5/7/2008)

JAARSMA,T et al (2000) – Self-care behaviour of patients with heart failure. Scand J Caring Sci.200014:112-119

JACKSON,S. A.(1999) – The epidemiology of aging. In HAZZARD,W.R. ,[et al]- Principles of geriatric medicine and gerontology.4th ed. New York: McGraw-Hill,1999; 203-225

JERANT,A. et al(2008) – Sel-report measures in chronic illness: retest reliability and predictive validity. Medical Care, 2008;46(11):1134-9

JOHNELL,K (2005) – Contextual and individual aspects of use of medication. Stockholm. Karolinska Institutet.2005.ISBN 91-7140-444-9

JOHNSON,M et al (2005) – Risk factors for an untoward medication event among elders in community-based nursing caseloads in Australia. Public Health Nursing.2005;22(1):36-44

JONES,G-(2003)- Prescribing and taking medicines.BMJ2003;327:819-820

JORM,L.R. et al (2010) – Home and community care services: a major opportunity for preventive health care. BMC Geriatrics 2010,10:26 doi:10.1186/1471-2318-10-26.

JYRKKÄ,J. et al (2006) – Increase use of medicines in elderly persons: a five-year follow-up of the Kuopio 75+ study. Eur J Clin Pharmacol (2006) 62:151-158

KAAKINEN, J. et al (2001) – Strategies for working with elderly clients: a qualitative análisis of elderly client/nurse practitioner communication.Joournal of the American academy of nurse practitioners,2001;13(7):325-329.

KAIRUZ,T. et al (2008) – Identifying Compliance Issues with Prescription Medicines among Older People: A Pilot Study. Drugs Aging, 2008;25 (2): 153-162

KANE,R.A.;KANE,R.L.(1993) – Evaluación de las necesidades en los ancianos:guia práctica sobre los instrumentos de medición. Barcelona.SG Editores S.A.1993

KARAEREN,H. et al (2009) - The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. Anadolu Kardiyol Derg, 2009; 9: 183-8

- KÉROUAC et al. (1994) - La pensée infirmière. Quebec: Editions Études Vivantes.
- KELLEY,S (1988) – Measurement of the complexity of medication regimens of the elderly (Master of Science) Columbia, MO : University of Missouri – Columbia, 1988:58
- KIM AND OH (2003) – Adherence To diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls.J Adv Nurs.44(3):256-261
- KINGRY,J.;TIEDJE,L.B.;FRIEDMAN,L.L(1990) – Focus groups: a research technique for nursing. Nurs. Res.1990;39:124-125
- KIRCHBERGER, I et al (2010) – Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction :study protocol of a randomized controlled trial. BMC Geriatrics.2010.10:29. Doi:10.1186/1471-2318-10-29
- KIRKWOOD, T(1996)– Mechanisms of ageing. In: EBRAHIM, S.; KALACHE, A. – Epidemiology in old age. London: BMJ ,1996; 221-227
- KITZINGE,J.- Qualitative Research: introducing focus groups.BMJ.1995;311:299-302
- KLEIN.D;TURVEY,C;WALLACE,R (2004) - Elders who delay medication because of cost: health insurance, demographic, health, and financial correlates. The Gerontologist; Dec 2004 44(6):779-787
- KOGOS,S.C.(2004) – Support groups and treatment adherence in a geriatric outpatient clinic. J of Clinical Psychology in Medical Setting. 2004 Dec;11(4):275-282
- KRIPALANI,S. et al (2006) – Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. J Gen Intern Med, 2006;21:852-856
- KROUSEL-WOOD,M et al (2009) – New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. American Journal of Managed Care.2009;15(1):59-68
- KRUEGER,AR.A.(2006)– Focus group interviewing. <http://www.tc.umn.edu/~rkrueger/focus.html> (acedido 27/7/06)
- KRUEGER,K.P. et al (2005)- Medication Adherence and Persistence: a comprehensive review. Advances in Therapy. 2005;22(4):313-356
- LAROCHE,M. et al(2006) – Is inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly? – Br J Clin Pharmacol,2006;63(2):177-186
- LARSON,K; GRUDENS-SCHUCK,N;LUNDY ALLEN,B.(2004). Can you call it a Focus Group? Ames Iowa :Iowa Sate University Extension. <http://www.extention.iastate.edu/Publications/PM1969A.pdf> acedido em 27/7/2006
- LAU,D.T. et al (2008) – Older Patients' Perceptions of Medication Importance and Worth: An Exploratory Pilot Study. Drugs & Aging, 2008;25(12) 1061-1075

LEE, K. J. et al (2006) - Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. JAMA. 2006; 296:2563-2571.

LEFÉVRE,F. e tal (2004) - The relationships between health professionals and elderly patient facing drug prescription: a qualitative approach. The Qualitative Report, 2004 ;Vol 9(4):706-731.www.nova.edu/ssss/QR/QR9-4/lefevre.pdf. acedido 18/4/2009

LEGRAN,S-(2005) Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé–
www.anes.fr/anaes/PresMec.nsf (acedido a5/5/06)

LEHANE,E &MCCARTHY, G (2009) - Medication non-adherence – exploring the conceptual mire. International J Nursing Practice,2009;15:25-31

LEIKAUF,J. & FEDERMAN,A.D.(2009) – Comparisons of self-report and chart-identified chronic diseases in inner-city seniors. Journal of the American Geriatrics Society.2009.57(7):1219-25

LEITE.S.N.; VASCONCELLOS,M.P.C.(2003) - Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura. Ciências & Saúde Colectiva.2003;8(3):775-82

LENAGHAN, E. et al (2007) – Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care – the POLYMED randomised controlled trial. Age and Aging.2007.36:292-297.

LESSARD-HÉBERT,M;GOYETTE,G;BOUTIN,G (2005) – Investigação qualitativa. Fundamentos e práticas.2ªed.Lisboa. 2005.Instituto Piaget

LEVENTHAL, H. et al(2008) – Health psychology: the search for pathways between behaviour and health.Annu.Rev.Psychol.2008;59:477-505

LEVINE,M. et al (2006) – Collaborative treatment planning for older patients in primary care. Generations- Fall, 2006;30(3):83- 85

LITTENBERG,B et al (2006) – The use of adherence aids by adults with diabetes :a cross-sectional survey. BMC Family Practice. 2006.7:1
<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/1>) acedido a 15/5/06

LODEN,J.;SCHOOLER,C.(2000) – Patient compliance. Pharmaceutical Executive. 2000;Jul,20(7):88-94

LOWE,C. et al (1995) – Effects of self-medication programmes on knowledge of drugs and compliance with treatment in elderly patient.BMJ.1995,May;310:1229-

LOWES.R.(1998) – Patient-centered care for better patient adherence. Fam Pratic Manag.1998 Mar;5(3).1p46,7p,4charts,6c; (AN 409305)

LUBKIN,I.(1999) – Chronic illness: impact and interventions. Boston: Jones&Bartley; 1999.

LUPPA,M. et al (2010) – Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age&Ageing*.2010.39(1):31-8

LYNCH,T(2006) – Medication costs as a primary cause of nonadherence in the elderly. *Consult Pharm*.2006 Feb;21(2):143-6

LWANGA,S.K.;LEMESHOW,S (1991) – Sample size determination in health studies. A practical manual Geneva. WHO 1991.

MACISACC, M.A. at al (1989) – Multiple medications is your patient elderly caught . *Nursing* July 1989:60-64

MACHADO,M, et al (2008) – Caminhando lado a lado. Os cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa para a promoção do auto cuidado. *Revista Portuguesa de enfermagem*, 2008;15:41-48

MACHADO,M.M.P.(2009) – Adesão ao regime terapêutico de pessoas com Insuficiência Renal Crónica sobre o contributo dos enfermeiros. Dissertação de mestrado, apresentada à Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. Braga, 2009

MACKENBACH, J.(2005)– Health and Health care . In BÖRSCH-SUPAN, A. [et. al.] eds. - *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the SHARE*. Mannheim: MAE, 2005. Cap. 3.1, p. 81-88.

http://www.shareproject.org/t3/share/fileadmin/pdf_documentation/FRB1/CH3.pdf

MACLAUGHIN,E.J. et al (2005) – Assessing medication adherence in the elderly. Which tools to use in clinical practice? – *Drug Aging* .2005;22(3): 231-255

MADDIGAN et al (2003) – Predictors of older adults' capacity for medication management in a self-medication program: a retrospective chart review. *Journal of aging and health*,2003;15(2):332-352

MAGGIE (2010) – Major Aging Gender Issues in Europe – <http://www.maggie-project.org/>

MALHOTRA,S; KARAN,R.S.; JAIN,P.P(2001) – Drug related medical emergencies in the elderly: role of adverse drug reactions and non-compliance – *Post grad Med. J*.2001;77:703-707

MALLET,L,SPINEWINE,A. &HUANG,A. (2007) – The challenge of managing interactions in elderly people.*Lancet*.2007;370(9582):185-191.

MANGONI,A.A.&JACKSON,S.H.(2004) – Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics:basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol* 2004;57:6-14

MANN,D.M.(2009) – Resistent disesase or resistant patient:problems with adherence to cardiovascular medications in the elderly.*Geriatrics*.2009;64(9):10-15.

- MÅRDBY, AC, et al (2007) - Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Education and Counseling* 2007;69(1-3): 158-164
- MAREK,K.D. et al (2006) – Nurse care coordination in community-based long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*.2006;38(1):80-86.
- MARTIN, C. THOMPSON, D. (2000) Design and analysis of clinical nursing research studies. Leeds:2000 Rutledge.
- MAYS,N;POPE,C (1995)- Qualitative Research: rigour and qualitative research.*BMJ*.1995;311:109-112
- MAYS,N;POPE,C (2000) –Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research.*BMJ*.2000;320:50-52
- MCDONALD,H.P et al (2002) – Interventions to enhance patient adherence to medications prescriptions. *JAMA*, Dec(11) 2002;288(22):2868-3242
- McEVOY,P&RICHARDS,D (2006) – A critical realist rationale for using a combination of quantitative and qualitative methods. *Journal of Research Nursing*.2006.11(1):66-78
- MCGRAW,C.;DRENNAN,V.(2001)– Self-administration of medicine and older people. *Nursing Standard*.2001, Jan;15(18):33-6
- MCLEAN,W(2007) – Medication adherence initiatives – part I. *Canadian Pharmacists Journal*,2007;140(4):254-261
- Medicines partnership (1997) – From compliance to concordance. www.npc.co.uk/med_partnerships/assets/compliance_to_concordance.pdf.org (acedido 8/11/20089
- Medical Research Council,2008.Developing and evaluating complex interventions:new guidance. London: Medical Research Council. www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance
- MELCHORS, A. C.; CORRER, C. J.; FERNÁNDEZ-LLIMOS, F.(2007) - Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index / Translation and validation into portuguese Language of the Medication Regimen Complexity Index . *Arq. Bras. Cardiol*. 2007;89(4):210-218.
- MICHAUD,P.L.(1996) Independent older persons managing medications at home: a grounded theory -Dissertation doctor of philosophy. Boston College. Graduate School of Nursing. 1996 ; UMI Number 9707885
- MILES,M.B.&HUBERMAN,A.M.(1994)- Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook. Sage Publications, 2nd Ed. Thousands Oaks.1994. ISBN: 9780803955400
- MILLER,C.A.(2003) – Safe medication practices: nursing assessment of medications in older adults. *Geriatric Nursing*, 2003;24(5):314-317

MILLER,C.A.(2004) – Teaching older adults medication self-care. Geriatric Nursing,2004 ;25(5):318-19

MITTY,E;FLORES,S.(2007) – Assisted living nursing practice: medication management: part 1.Assessing the resident for self-medication ability. Geriatric Nursing,2007;28(2):83-89

MITTY,E;FLORES,S.(2007 a) – Assisted living nursing practice: medication management: part 2. Supervision and monitoring of medication administration by unlicensed assistive personnel Geriatric Nursing, 2007;28(3):153-160

MOEN,J. et al (2009) – “I don’t know how many of these[medicines] are necessary..” – a focus group study among elderly users of multiple medicines. Patient Education and Counseling,2009;74:135-141. doi:10.1016/j.pec.2008.08.019. acedido 20/3/2009

MOLONY,S.L.(2005) – Beers’ criteria for potentially inappropriate medication use in the elderly. Medsurg Nursing,2005;14:2

MONANE,M.;MONANE,S. SEMLA,T (1997) – Optimal medication use in elders: key to successful aging.in successful Aging.West J Med, 1997;167:233-237

MONIZ,J.M.N.(2003) – A enfermagem e a pessoa idosa. A prática de cuidados como experiência formativa.Loures:Lusociência.2003.ISBN 972-8383-49-5

MORAN-ELLIS,J et al(2006) – Triangulation and integration: processes, claims and implications. Qualitative Research2006;6:45-59

MORISKY et al (1986) – Concurrent and predictive validity of a self-report measure of medication adherence. Medical Care 198624:67-74

MORGAN, D.L. (1997) - Focus groups as qualitative research. 2nd Edition London: Sage.

MORGAN, D.L. e Krueger, R.A. (1993) . When to use focus groups and why in Morgan D.L. (Ed.) Successful Focus Groups. London: Sage.

MORSE,M.J.;RICHARD,L (2002) – Readme first for a user’s guide to qualitative methods. Thousand Oaks. Sage Publications.2002.ISBN 0-7619-1890-6

MOSEGUI,G.B.G. et al (1999) – Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Rev. Saúde Pública:1999,33(5):437-444

MRC(2006) –Developing and evaluating complex interventions:new guidance.Medical Research Council. www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance. acedido Abril 2008

MURRAY,M.D.& KROENKE,K.(2001) – Polypharmacy and medication adherence. Small steps on a long road. JGIM,2001;16:137-139

MURRAY,M.D. et al (2004) – A conceptual framework to study medication adherence in older adults. Am J Geriatr Pharmacother.2004,Mar;2(1):36-43

NCCSDO(2005) – Concordance, adherence and compliance in medicine taking.2005
NCCSDO.London

NETTO, M.P. , PONTE,J,R(1999 a)- Envelhecimento: desafio na transição do século.
In NETTO, M.P.- Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.
São Paulo. Editora Atheneu,1999; 3- 12 a.

NETTO, M.P.;BORGONOV,N.(1999b)- .Biologia e Teorias de Envelhecimento. In
NETTO, M.P.- Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São
Paulo .Editora Atheneu,1999; 44-59 b.

NICOLAIDES-BOUMAN et al (2004) – Effects of home visits by nurses to elderly
people with healths problems; design of a randomised clinical trial in the Netherlands
[ISRCTN92017183].BMC Health Services Research.2004.4:35
(<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/4/35>) acedido em 15/5/06

NIWATA,S. et al(2006) – Prevalence of inappropriate medication using Beers'criteria
in Japanese lon-term care facilities.BMC Geriatrics,206;6:1-7 doi:10.1186/1471-2318-
6-1

NOLAN, M.(1994) – Geriatric nursing: an idea whose time has gone? A polemic.
Journal of Advanced Nursing.1994.20:989-996.

NOLAN,M;KEADY,J. E GRANT,G.(1995) – Developing a typology of family care:
implications for nurses and other service providers. Journal of Advanced
Nursing.1995.21:256-265.

NOLAN,M.R. et al(2001) – Quality of life and quality of care. IN
NOLAN,M;DAVIES,S;GRANT,G. –Working with older people and their families.
Buckingham.Open University Press.2001;5-18.

NOLAN,M.R. et al(2004) – Beyond "person-centred" care: a new vision for
gerontological nursing. International Journal of older people nursing. Journal of Clinical
Nursing.2004 13(3a):45-53

NPCI (2002) -National Prescribing Centre NSF (NPCI)– Modernising Medicines
Management. A guide to achieving benefits for patients, professionals and the
NHS.[www.npci.org.uk/medicines_management/medicines/medicinesintro/resources/lib
rary_good_practice_guide_mmmbook1_2002.pdf](http://www.npci.org.uk/medicines_management/medicines/medicinesintro/resources/library_good_practice_guide_mmmbook1_2002.pdf) (acceded 8/11/2008)

NSF (2001) – Medicines and older people (supplement to the National services
Framework for older people).London, Department of Health 2001.
www.jr2.ox.ac.uk/geratol/NSF.pdf (accedido 18/4/06)

OGDEN,J (2004) – Psicologia da Saúde. Lisboa : Climepsi Editores. 2005

OMS(1990) –“Vieillir en bonne santé. Copenhague: Bureau Régional de
L'Europe,1990 (EUR/RC40/Tech.Disc./1.1186B)

- OMS(1993),Ser Rap Tech nº835 – Vieillesse et capacité de travail.Genève:OMS,1993.
- OMS(1995) , Ser Rap Tech nº853 – Épidémiologie et prévention des maladies cardiovasculaires chez les personnes âgées. Genève:OMS,1995.
- ONSA (2003) – Obob's – Observatório dos óbitos: de que se morre em Portugal. As principais causas de morte de 1990 a 1999. Lisboa :ONSA , 2003
- OLIVEIRA,C.R. et al (2008) – Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa .FMUC.2008
- OPSS (2010) – Desafios em tempos de crise. Relatório de Primavera 2010.OPSS. Lisboa. <http://www.observaport.org> (acedido 20/9/2010)
- OREM, D.(1993) – Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona. Masson-Salvat. 1993
- ORWIG,D. et al (2006) – Medication management assessment for older adults in the community.The Gerontologist.2006.46(5):661-668
- OSTERBERG,L&BLASCHKE,T (2005) – Adherence to medication. Drug Therapy. 2005; Aug (4); 353:487-497
- OTERO,J.D.G.(2003) – La consommation médicamenteuse chez la personne âgée – Soins Gériatrie;2003; Mars/Avril40:16-18
- OWNBY,RL (2006) – Medication adherence and cognition. Medical, personal and economic factors influence level of adherence in older adults – Geriatrics. Feb 2006; 61(2):30-35
- OWNBY,RL et al (2006) – Factors related to medication adherence in memory disorder clinic patients. Aging & Mental Health, 2006; 10(4):378-385
- PASCHOAL,S.M.P.(1999) - Epidemiologia do envelhecimento. In NETTO, M.P-Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Editora Atheneu, 1999; 26-43
- PASKULIN,L.M.G &MOLZANN,A.(2007) – Quality of life of older adults in Canada and Brazil.Western Journal of Nursing Research.2007;29(1):10-26
- PASQUIER, D.S. &ASLANI,P. – Concordance-based adherence support service delivery :consumer perspectives. Pharm World Sci,2008 ;30 :846-653
- PATEL,H. et al (2007) - Trends in hospital admissions for adverse drug reactions in England: analysis of national hospital episode statistics 1998–2005. *BMC Clinical Pharmacology* 2007, **7**:9doi:10.1186/1472-6904-7-9
- PATEL,H. et al (2007a) - Evaluation of the prevalence and economic burden of adverse drug reactions presenting to the medical emergency department of a tertiary referral

centre: a prospective study. *BMC Clinical Pharmacology* 2007, 7:8doi:10.1186/1472-6904-7-8

PATERSON,C. ET AL(2009) – Evaluating complex health interventions: a critical analysis of the “outcomes” concept. *BMC* 2009;9-18 doi:10.1186/1472-6882-9-18

PAÚL,C; FONSECA,A.M.(2001)- *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.2001

PAÚL,C; FONSECA,A.M.(2005) – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores 2005

PAVLIDES,C.C.(1993) – The relations among complexity of medication, functional ability, and adherence to prescribed regimen in the homebound older adult. A dissertation for the degree Doctor of Nursing Science, Submitted to the Faculty of the School of Nursing of The Catholic University of America

PHATAK,H.M.&THOMAS III,J.(2006) – Relationships between beliefs about medications and no adherence to prescribed chronic medications. *Ann Pharmacother*,2006;40:1737-42

PEARSON,A.; VAUGHAN,B.(1992) – *Modelos para o exercício de enfermagem*.1992. Lisboa.ACEPS.1992

PERDIGÃO,C. et al(2009) – Prevalência e caracterização da hipertensão arterial em Portugal. Implicações numa estratégia de prevenção. Uma análise do Estudo Amália. *Factores de risco*.2009.13:14-22

PEREIRA,C.A e CABRITA, J (2006) – Cuidados Farmacêuticos em doentes dislipidémicos numa farmácia comunitária portuguesa. *Revista Saúde*. www.ulusofona.pt/suplemento.pdf (acedido 28/7/06).

PEREIRA,E.G.A. e COSTA,M.A.M.(2007) – Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde. *Texto&Contexto Enfermagem*, 2007,Julho-Set;16(003):408-416

PEREIRA,F (2004) – Dos resumos mínimos de dados de enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. *Ordem dos Enfermeiros*.2004, 13(suplemento):13-21.

PEREIRA, M. G. e SILVA,N.S. (1998) – *Escala de Adesão aos Medicamentos*. Braga, Departamento de Psicologia da Universidade do Minho

PETERSON,A. M.; TAKIYA,L; FINLEY, R.(2003) –Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *Am J Helath-Syst Pharm*.2003 Apr.;60:657-665

PIETTE,J.D.(2010) – Moving beyond the notion of “self” care. *Chronic Illn*.2010.6:3-6

PIRMOHAMED,M.J. et al (2004) -Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. BMJ 2004;329:15-9

PLOEG,J et al (2010) – Effect of preventive primary care outreach on health related quality of life among older adults at risk of functional decline: randomised controlled trial.BMJ.2010;340.c1480-Doi:10.1136/bmj.c1480

POLIT,F.D.;BECK,C.T. – Nursing research: principles and methods Lippincott Williams&Wilkins.Philadelphia.2003.ISBN 0781737338

PORTUGAL(2002). Ministério da Saúde Direcção-Geral da saúde – Ganhos de Saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002

PRADO,J.C.;KUPEK,E.&MION,D. (2007) – Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensive. Journal of Human Hypertension.2007.21:579-584.

RAMALHINHO,I e CABRITA,J (1998) – Avaliação do grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva pelo método de contagem de medicamentos. R. Port Saúde Publica.1998;16(2):5-12

RAMOS,N.(2007) - Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2: o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem. Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Aberta. Lisboa ,2007

REDMAN,B.K.(2003) – A prática da educação para a saúde,9ed.Lisboa,Lusociência, 2003. ISBN:972-8383-39-8

RIBEIRO,J.L.P.(1998)- Psicologia da Saúde. Lisboa:ISPA,1998

RICE,R. et al (2004)– A formação prestada ao utente no domicílio. In Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários. Conceitos e aplicação, 3ªed Lusociência, Loures. 2004

RICHARDS,D.A.&HAMERS,J.P.H (2008) – RCTs in complex nursing interventions and laboratory experimental studies. International J.Nursing Studies 2009.46:588-592.doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.12.002

RIERA,J.R.M.(2003) – Consulta de enfermeria a demanda en atencion primaria. Reflexion de una necesidad. Rev Adm Sant. 2003;1(3):425-40

ROBBINS,B. et al (2004) – Multicultural medication adherence. A comparative study. J Gerontological Nursing.2004;30(7):25-32

ROBNETT,R et al (2007) – The manageMed screening: na interdisciplinary tool for quickly assessing medication management skills. Clinical Gerontolgst,vol 30(4);1-23. doi10.1300/J018v30n04_01. <http://cg.haworthpress.com> (acedido 30-06-08)

ROLLASON,V. & VOGT,N.(2003) - Reduction of Polypharmacy in the Elderly: A Systematic Review of the Role of the Pharmacist. *Drugs & Aging*, 2003; 20 (11): 817-832

ROSNER,F(2006) – Patient Noncompliance: causes and solutions. *Mou.SJMed* 2006,Marc;73(2):553-559

ROSS,F;O'TUATHAIL,C.;STUBBERFIELD,D(2005) – Towards multidisciplinary assessment o older people: exploring the change process. *Journal of Clinical Nursing*.2005.14, 518-529

ROSS, M.S.(2008) - Role for Automated Communication Strategies in Medication Adherence Management. *American Health & Drug Benefits*,2008;1(9):20-27

ROTH,M.T.&IVEY,J.L.(2005) – Self-reported medication use in community-residing older adults: a pilot stydy. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*.2005;3(3):196-204

ROTHMAN,A.A.&WAGNER,E.(2003) – Chronic illness management:what is the role of primary care?.*Ann Intern Med*.2003;133:256-261.

ROYAL,S. et al(2006) – Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis.*Qual Saf Health Care*. 2006.15:23-31

ROZENFELD,S.(2003) – Prevalência factores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad. Saúde pública Rio Janeiro*, 2003;19(3)Mai-Jun:717-724

RUBENSTEIN,L; NAHAS,R(1998) – Primary and secondary Prevention strategies in the older adult.*Geriatric Nurs*.1998;19:11-8

RUPPAR, TODD M.; CONN, VICKI S.; RUSSELL, CYNTHIA L.(2008)- Medication Adherence Interventions for Older Adults: Literature Review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 2008; 22 (2); 114-147

RYAN,A.,A.& CHAMBERS,M.(2000) – Medication management and older patients: an individualized and systematic approach. *J Clinical Nursing*,2000;9:732-741

RYCROFT-MALONE, J. et al (2001) – Consumerism in health care:the case of medication education. *Journal of nursing management*, 2001;9:221-230

SANTOS, A.; POLÓNIA, J.(1996)– Nutrição e terapêutica medicamentosa em geriatria. In *SOCIEDADE PORTUGUESA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - Temas em Geriatria .Tomo II . Lisboa: Prismédica*,1996;93-153.

SANTOS,H et al (2004) – Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. Tradução inter cultural de Espanhol para português.*Acta Médica Portuguesa*.200417:59-66

SANTOS ,O, e tal (2007) – Os Centros de Saúde em Portugal. A satisfação dos utentes e dos profissionais.Lisboa: Missão para osCuidados de Saúde Primários: 2007.

SCHEDLBAUER,A.;DAVIES,P;FAHEY,T(2010) – Interventions to improve adherence to lipid lowering medication(review).). The Cochrane Library.2010; Issue (3).

SCHLENK,E.A.;DUNBAR-JACOB,J;ENGBERG,S(2004)– Medication nonadherence among older adults: a review of strategies and interventions for improvement. J Gerontological Nurs.2004,Jul;30(7):33-43

SCHMETZER,N.A. (1999)– The experience of older adults living independently who are taking multiple medications. Master of science, nursing science. Faculty of the School Nursing. University of Alaska Anchorage.1999.UMI 1395369.

SCHROEDER,K.;FAHEY,T ;EBRAIHIM, S.(2008)- Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings (review)-). The Cochrane Library.2008; Issue (4)

SCHWARTZ,J.B(1999)– Clinical pharmacology .In HAZZARD,W.R., [*et al*] – Principles of geriatric medicine and gerontology.4thed. New York:McGraw-Hill,1999;303-331

SEGAL,J.Z.(2007) – “Compliance” to “Concordance”: a critical view.J Med Humanit,2007;28:81-96

SHISHANI,K (2006) – Chronically ill adults’ educational needs on self-medication. Applied Nursing Research, 2008; (21):54-59. Doi:10.1016/j.apnr.2006.06.003

SHOEMAKER,J.S.;OLIVEIRA,R.D.(2008) – Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. Pharm World Sci,2008;30:86-91

SIDALL,R (2005) – Non-adherence to medication: an age –old problem. Nursing Residencial Care,2005; 7(4):179-181

SILVA,I,N.T. et al(2003) –o enfermeiro e o paciente idoso em terapêutica plurimedicamentosa - Rev. UFG ,2003, Dez;5(2). <http://www.proec.ufg.br>. (acedido 7/2/06)

SILVA,P,LUÍS,S.e BISCAIA,A(2004) – Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz.Rev Port Clin Geral.2004;20:323-36

SIMONSON,W.&FEINBERG,J. – Medication-related problems in the elderly. Defining the issues and identifying solutions. Drugs Aging,2005;22(7):559-569

SNOWDEN,A (2008) – Medication management in older adults: a critique of concordance. British Journal of Nursing, 2008;17(2):114-119

SOARES,M.A.(2000)- O medicamento e o idoso. Revista Pharmacia Brasileira ,Ano III, Nº18 2000

SOARES et al (2006) – Cuidados Farmacêuticos no doente idoso com função renal diminuída – Revista Saúde. www.ulusofona.pt/suplemento.pdf (acedido 28/7/06)

SOARES, M.A.S (2009) – Avaliação da terapêutica potencialmente inapropriada no doente geriátrico. Dissertação de Doutoramento, apresentada à Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia. Lisboa, 2009

SOL,B.G.M. et al(2010) – The effect of a self-management intervention to reduce vascular risk factors in patients with manifestations of vascular diseases.European Journal of Cardiovascular Nursing.2010.9:132-139.

SORENSEN,L et al (2004) – Medication reviews in the community: results of a randomized controlled effectiveness trial. Br J Clin Pharmacol.2004;58(6):648-664.

SORENSEN,L et al (2005) – Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health outcomes. Age and Ageing 2005;34:626-632

SOUSA,M.R.M.G.C.(2003) – Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. Dissertação de mestrado, apresentada à Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia .Braga, 2003

SOUSA, M.R., PEIXOTO, M.J E MARTINS, T.(2008) -Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. Referência.2008. II (8):59-67

SPIERS, M.V. et al (2004) – Variation in medication understanding among the elderly. Am J Health-System Pharm.2004; Feb61 (15):373-380

SPINELINE,A. Et al – Appropriate prescribing in elderly people:how well can it be measured and optimised? The Lancet, 2007;370 (9582): 173-184

SQUIRE, A (2005) – Saúde e bem-estar para pessoas idosas. Fundamentos básicos para a prática.Loures: Lusociência.2005.ISBN:972-8283-87-8

STRAUSS,A;CORBIN,J (1990) - Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and Techniques. Newbury Park, Ca.1990.Sage Publications.

STEWART,R.B; MOOREM.T MAY .F.E.; MARKS,R.G & HALEW.E(1991) - A longitudinal evaluation of drug use in an ambulatory elderly population. Journal of Clinical Epidemiology; 1991; 44:1353-1359

SUHONEN, R., VÄLIMÄKI, M. & LEINO-KILPI, H. (2008) - A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. Journal of Clinical Nursing, 2008; 17, 843-860

SWANLUND,S.L. (2008) – Medication Regimen Complexity :a factor in successful self-management of medications by community-dwelling older adults?. Geriatric Nursing, 2008;29(2):115

SWANLUND,S.L. et al (2008) – Keys to successful self-management of medicines. Nurs Sci Q 2008;21;238-246

SWANSON,K.M (1991)- Empirical development of a middle range theory of caring. Nursing Research,1991;40(3):161-66

SWANSON,K.M (1993)-Nursing as informed caring for the well-being of others.Image,JNScholarship,1993;25(4):352-57

TANGALOS,E.C.;ZAROWITZ,B.J.(2006) – Medication management in the elderly. Annals of long-term care, 2006; 14(8):27-31

TANNER, E.K.(2004) – Chronic illness demands for self-management in older adults. Geriatric Nursing, 2004;25(5):313-317

TANNER,D.A. et al (2010) – Hip fracture types in men and women change differently with age – BMC Geriatrics.2010;10:12 www.biomedcentral.com/1471-2318/10/12 acessado Março2010

TASHAKKORI,A&TEDDLIE,C (2002) –Handbook of mixed methods in social and behavioural research. Thousands Oaks, Sage,2002.ISBN 0-7619-2073-0

TEC (2003) – Special report: interventions to improve patient adherence with medications for chronic cardiovascular disorders. Technology Evaluation Center. Assessment Program. 2003 ,Nov; 18 (12) :1-31 http://www.bcbs.com/tec/vol18/18_12.pdf acessado 20/3/06

THE JNC 7 REPORT (2003) – THE Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003;289:2560-71

TINETTI,M. – Preventing falls in elderly persons.The new journal of medicine.2003;384(1):42-49

TONES, K& TILFORD, S; ROBINSON Y. K. (1990). Health education: Effectiveness and efficiency .London: Chapman and Hall

UEMO(2006)- Recomendação da UEMO para a uma prática medicamentosa mais segura no idoso. Rev.Port.Clin. Geral 2006;22:111-2

ULFVARSON, J. et al (2007) - Adherence to drug treatment in association with how the patient perceives care and information on drugs. Journal of Clinical Nursing, 2007;16 (1): 141-148

VAN EIJEN,M. et al (2003) – Interventions to improve medication compliance in older patients living in community.Drugs Aging.2003.20(3):229-240

VAN DULMEN,S. et al, (2007) – Patient adherence to medical treatment: a review of reviews.BMC Health services Research, 2007;7:55 doi:10.1186/1472-6963-7-55 acessado

VAN MEIJEL,B. et al (2004) – The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*,2004.48(1):84-92

VEDHARA et al (2004) – Habitual prospective memory in elderly patients with Type 2 diabetes: implications for medication adherence. *Psychology, Health & Medicine*, 2004 ;9(1):17-27.

VEIGA,M.A.P.L.F.(2007) – Proteger a identidade da pessoa idosa no hospital. Um desafio ao cuidado de enfermagem. Dissertação de Doutoramento, apresentada à Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar. Porto, 2007

VERMEIRE,E eta al(2009) – Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus . (review).). *The Cochrane Library*.2009; Volume (1)

VERMEIRE, E (2010) – Patient adherence to treatment recommendations. A adesão à terapêutica em Portugal Conferencia AFIPARMA 2009,Lisboa.www.apifarma.pt (acedido a 16de Abril de 2010)

VERMEIRE,E et al (2001) –Patient adherence to treatment;three decades of research – A comprehensive review.*J.Clin Pharm Ther*,26(5),331-342.

VIK,S.C.;MAXWELL,J.C. and HOGAN,B.D.(2004) – Measurement, correlates and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacother*.2004;38:303-312

VIK,S.C et al (2005) – Assessing medication adherence among older person in community settings. *Can J Clin Pharmacol*. 2005,Winter;12(1);e152-e164.

VIK,S.C et al (2006) – Medication No adherence and subsequent risk of hospitalisation and mortality among older adults. *Drug Aging*,2006;23(4):345-356

VIKTIL, K.K. et al (2007) - Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2007; 63 (2): 187-195

VINCENT-CLAYDEN,G.(2009) – Health visiting older people – bridging the gap. *Journal of Community Nursing*.2009.23(4);18-20

VON KORFF, M. et al(1997)- Collaborative Management of Chronic Illness. *Ann Intern Med*. 1997; 127:1097-1102.

WADE,B&BOWLING,A.(1986) –Appropriate use of drugs by elderly people – *Journal of Advanced Nursing*, 1986, 11:47-55

WAGNER,E.H. et al (2001) – Improving chronic illness care: translating evidence into action. Interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care. *Health Affairs*.2001;20(6):64-78

- WAGNER,E.H. et al (2002) – A survey of leading chronic disease management programs:are they consistent with the literature? – Journ Nurs Care Qual 2002;16(2):67-80
- WAL, M.H.L et al (2006) – Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. Eur Heart J.2006; 27:434-440
- WALKER, M.K. et al (1999) – Medication safety: a protocol for nursing action. Geriatr Nurs 1999;20:34-9
- WARREN,E.(2009) –Improve patient adherence. Practice Nurse, 2009.38(7):33-5
- WATSON,J.(2002) – Enfermagem. Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem..Lisboa. Lusociência.2002.ISBN 972-8383-33-9
- WEAVERJ.L. et al (2005) –Polypharmacy: an analysis of medication usage among elders in Public Housing – Clinical Excellence for Nurse Practitioners.2005;Summer;9,2:103-108
- WESTBURY, J (2003) – Why do older people not always take their medicines? The Phar J.2003;271:503-504
- WHITEHEAD,D(2000) –Is there a place for epidemiology in nursing? Nursing Standart.2000.14(42):35-39.
- WHITEHEAD,D(2001) - A social cognitive model for health education/health. J Advan Nurs Nov 2001;36(3):417-425
- WHO (1998) –Women, Ageing and health .Achieving health across the life span. Geneva (1998) (<http://www.euro.who.int> –WHO/HPR/AHE/NPD/96.1 (acedido 21-02-2006
- WHO(2001) – Men Ageing and health .Achieving health across the life span. Geneva 2002 (<http://www.euro.who.int>) – 01WHO/NMH/NPH01.2 (acedido 21-02-2006)
- WHO(2001a) – Health research methodology. A guide for training in research methods. Second edition. Manila. WHO 2001
- WHO (2002 a) – Surveying and Evaluating Ethical Review practices. A complementary guideline to the Operational Guidelines for Ethics Committees that Review Biomedical Research. WHO.Geneva.2002
- WHO (2002) –Active ageing: a policy framework. Geneva 2002 (<http://www.euro.who.int> –WHO/NMH/NPH/02.8) (acedido 21-02-2006)
- WHO (2002b) – Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action, Geneva. WHO, 2002 (<http://www.euro.who.int>, acceded 23-09-09)
- WHO (2003) – Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva. WHO 2003

- WHO (2005) – Healthy ageing. Practical pointers on keeping well .Manila: WHO 2005
- WHO (2005) – Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions.Genebra,2005 (<http://www.euro.who.int>, acceded 23-09-09)
- WHO (2007) – People-centred health care: a policy framework [http://www.pro.who.int/NR/rdonlyres/55CBA47E-9B93-4EFB-A64E-21667D95D30E/0/people centre health care policy framework. PDF](http://www.pro.who.int/NR/rdonlyres/55CBA47E-9B93-4EFB-A64E-21667D95D30E/0/people%20centre%20health%20care%20policy%20framework.pdf). (Acceded 20-05-2009)
- WHO (2008) – How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen. ISSN 1997-8073
- WHO(2010) – Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. WHO. Observatory Studies Series. N°20.UK,2010.
- WHOQOL Group(1994) – Development of the WHOQOL rationale and current status. International J.Mental Health,23 (3):24-56.
- WILCOCK,M.(2006) – Managing Polypharmacy, Practice Nurse,2006;32(10). web.ebscohost.com/09536612. (acedido 7/11/2008)
- WILLIAMS, A. et al (2008) - Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. J Adv Nurs. 2008 Jul;63(2):115.
- WILLIAMS.A.F;MANIAS,E.;WALKER,R.G.(2010) – The devil is in the detail – a multifactorial intervention to reduce blood pressure in co-existing diabetes and chronic kidney disease: a single blind, randomized controlled trial. BMC Family Practice.2010,11:3.Doi:10.1186/1471-2296-1-3.
- WILLIAMS,B. et al (2005) – Patients perspectives on multiple medications versus combined pills: a qualitative study. QJMed,2005;98:885-893
- WILLIAMS,C.M.(2002) – Using medications appropriately in older adults – Ame Fam Phy 2002;66(10)Nov 15:1917-1924
- WILLIAMS,M.S. at al (2004) – The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. Am Ger Soc.2004;52:3-98
- WILSON,I.B. et al (2007) – Physician-patient communication about prescription medication no adherence: a 50- state study of America's seniors. Society of general Internal medicine, 2007;22:6-12.
- WILSON.C.B.(2009) – Developing community in care homes through a relationship-centred approach. Health and Social Care in the Community.2009.17(2):177-186.
- WONG,I. et al (2004) - Pharmaceutical Care for Elderly Patients Shared Between Community Pharmacists and General Practitioners: A Randomized Evaluation BMC Health Services Research,2004;4:1-14

WU, J et al (2008) – Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. J Cardiac Fail,2008;14:603-614

ANEXOS

ANEXO I
CÁLCULO DA AMOSTRA ESTUDO I E II

Estudo I - Foi considerado para calcular a dimensão da amostra para estudos descritivos:

$$N = Z^2 \times \frac{pq}{d^2}$$

Z= grau de confiança (1,96 para IC 95%)

P = prevalência da ocorrência do problema em estudo na comunidade

q = (1-p)

d = precisão (valor máximo aceite como diferença relativamente à prevalência estimada).

Estudo II - Dimensão da amostra estudos experimentais comparação de duas proporções e teste bilateral (Lwanga & Lemeshow,1991; WHO,2001a)

A estimativa do tamanho da amostra foi feita com base:

50% de adesão grupo controlo,(WHO,2003)

70 % de adesão no grupo de intervenção (TEC,2003).

($p_2 - p_1$) = 20 %

Cálculo utilizado :

$$n = \frac{p_1 \times (100 - p_1) + p_2 \times (100 - p_2)}{(p_2 - p_1)^2} \times f(\alpha, \beta)$$

α = 0,05 (95%NC)

β =0,2 (potência de 80%)

$f(\alpha, \beta)$ =7.9

p_1 = % de sucessos esperados GC

p_2 = % de sucessos esperados GI

<http://www.epibiostat.ucsf.edu/biostat/sampsize.html>

<http://statpages.org/proppowr.html>

Proportion Difference Power / Sample Size Calculation

Parte superior do formulário

Significance Level (alpha):	<input type="text" value="0.05"/>	(Usually 0.05)
Power (% chance of detecting):	<input type="text" value="80"/>	(Usually 80)
Group 1 Population Proportion:	<input type="text" value=".5"/>	(Between 0.0 and 1.0)

Group 2 Population Proportion:	.2	(Between 0.0 and 1.0)
Relative Sample Sizes Required (Group 2 / Group 1):	1.0	(For equal samples, use 1.0)

Sample Size Required

	Group 1	Group 2	Total
"Classical" Calculation:	38	38	77
With Continuity Correction:	45	45	90

ANEXO I I

CONSENTIMENTO INFORMADO – Estudo I e II

Estudo da gestão da medicação em idosos independentes

Eficácia da intervenção de enfermagem

Dissertação Doutorado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Os idosos tomam habitualmente muitos medicamentos em simultâneo e se por um lado eles melhoram a qualidade de vida, quando não tomados convenientemente podem conduzir a problemas de saúde.

Este estudo pretende descrever a complexidade do regime medicamentoso dos idosos e avaliar se a consulta de enfermagem feito pelos enfermeiros, a idosos, que vivem nas suas casas, na comunidade, aumentam a adesão ao regime medicamentoso e a qualidade de vida e reduzem a admissão dos idosos em hospitais e em lares.

Descrição do Estudo

Se eu concordar em participar neste estudo, eu concordo em responder a algumas questões sobre mim e sobre os meus medicamentos e em avaliar a pressão arterial e a glicemia capilar e colesterol no sangue. Haverá dois grupos um recebe a intervenção de enfermeiros e outro não. Eu compreendo que haverá 50% de probabilidade, de vir a ser seguido na consulta de enfermagem e ter contacto telefónico do enfermeiro, que me ajudará a gerir o meu regime terapêutico. o enfermeiro desenvolverá comigo um plano de cuidados de acordo com as minhas necessidades para gerir os medicamentos. Esse plano durará seis meses. Se eu não concordar em participar no estudo continuarei a ter os cuidados habituais com o médico de família e enfermeiro do Centro de Saúde, quando tiver necessidade. Depois dos seis meses eu completei e terminei o estudo.

Possíveis benefícios

Como resultado do estudo dos medicamentos posso vir a descobrir que se gerir melhor os meus medicamentos tenho melhor qualidade de vida.

Riscos

Não se espera que venha a ocorrer qualquer perigo para mim. A medicação é prescrita pelo meu médico de família ou outro.

Confidencialidade

Os meus dados pessoais e a informação sobre os medicamentos são confidenciais e são apenas utilizados de acordo com os objectivos do estudo. Eu não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados.

Direitos

Eu percebo e aceito que a minha participação no estudo é voluntária e eu posso abandonar o estudo a qualquer momento. Eu percebo que se decidir abandonar o estudo nada será afectado nos meus cuidados habituais de saúde com o médico de família eo enfermeiro do centro de saúde.

Consentimento:

Eu concordo em fazer parte do estudo em que os enfermeiros vão ajudar a gerir o regime medicamentoso.

Assinatura_____

Data_____

Se tiver alguma questão sobre o estudo, em qualquer momento pode contactar Adriana Henriques – 218912200 ou 963225092

Uma cópia é dada ao idoso e outra é arquivada no processo do estudo.

ANEXO III
AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO
ARS- Lisboa e Vale do Tejo

ANEXO IV
QUESTIONÁRIO

ANEXO V

AUTORIZAÇÃO DO AUTOR

MAB- Avaliação Biopsicosocial

ANEXO VI
AUTORIZAÇÃO DO AUTOR
WHOQOL-BREF (versão portuguesa de Portugal)

ANEXO VII
AUTORIZAÇÃO DO AUTOR
Índice Complexidade Medicamentosa

ANEXO VIII
AUTORIZAÇÃO DO AUTOR
Auto-relato adesão

ANEXO IX
FÓRUM NACIONAL DE BOAS PRÁTICAS

Fórum Nacional Boas Práticas de Enfermagem

Consulta de Enfermagem

Resumo

”Cuidados de Enfermagem a Pessoas com Doença Cardiovascular e Diabetes Mellitus” Consulta de Enfermagem

Bacelar, Madalena (Enf^a Chefe) ;Henriques, Adriana(Prof^a Coordenadora)

Martins, Helena (responsável Consulta; Simões, Graciela(Directora Centro de Saúde)

As doenças crónicas cardiovasculares e outras são responsáveis por elevadas taxas de mortalidade e morbilidade. O impacto destas doenças na vida das pessoas traduz-se frequentemente por limitações motoras, originando um elevado grau de dependência. A abordagem destas doenças implica uma actuação planeada e organizada de modo a evitá-las e assim reduzir as incapacidades por elas causadas.

O CS de Stº Condestável sempre procurou dar especial atenção à promoção da saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis. No sentido de dar resposta às necessidades específicas da comunidade da área de abrangência do centro de saúde, onde cerca de 27%da população tem mais de 65 anos, sabendo a que idade é um factor para o desenvolvimento das doenças crónicas e atendendo ao programa nacional de prevenção de controlo das DCV, implementámos uma consulta de enfermagem - Cuidados de Enfermagem a Pessoas com Doença Cardiovascular e Diabetes Mellitus - em parceria com a ESEL, com a colaboração da Prof.^a Adriana Henriques que se encontra a desenvolver a sua dissertação de doutoramento em enfermagem.

Planeamento da consulta:

Realizámos dois rastreios ocasionais na comunidade, que decorreram nos anos de 2007 e 2008 em Maio, mês do coração. A equipa médica colaborou através da sinalização de pessoas com DCV, ou factores desencadeantes, identificando as pessoas inscritas com terapêutica anticoagulante instituída e com história de AVC e doença coronária.

A consulta de enfermagem procura garantir a efectividade das intervenções de enfermagem que contribuam para o controlo dos factores de risco e determinantes da DCV, dando especial relevância à promoção e prevenção destas doenças, de modo a contribuir para a melhoria dos resultados em termos de ganhos em saúde.

Tem como objectivos:

Detectar problemas ou riscos das DCV enunciando os diagnósticos de enfermagem, de acordo com as necessidades da Pessoa.

Principais diagnósticos emergentes:

Controlo da doença crónica; Controlo eficaz do regime terapêutico; Potenciar o auto-cuidado.

Determinar as **Intervenções/ Acções de Enfermagem**, e registar intervenções e evolução no processo da pessoa.

As principais intervenções de enfermagem que realizamos são:

Avaliar estado de saúde; informar sobre a doença e a terapêutica; promover adesão à medicação; apreciar a disponibilidade para aprender; ensinar sobre medidas farmacológicas, e não farmacológicas; facilitar e promover o auto-cuidado da medicação; ensinar e incentivar mudanças no estilo de vida no sentido de controlar doenças crónicas; treinar para desenvolver aptidões para lidar com os equipamentos de controlo da doença; acompanhamento por telefone e consulta por telefone.

Realizamos ainda todas as outras intervenções que se consideram pertinentes para a adequada individualidade dos cuidados.

Total de pessoas inscritas na consulta 308, com uma média de 68 anos de idade; uma média de 2,9 consultas por pessoa; 47,2% têm um IMC normal; 57% hipertensão sistólica e 90% diastólica controlada; 54,9% com Glicemia capilar inferior a 120mg/dl; % com valores de colesterol inferiores a 200mg/dl; 44% têm valores dos triglicéridos inferiores a 150m/dl; 54,3% têm valores de INR \geq a 1,9 e \leq a 3,0

A consulta requer recursos de fácil implementação, permite o desenvolvimento profissional através de acções independentes, conduz a uma interacção com a pessoa, procura garantir ganhos efectivos em saúde da comunidade, qualidade de vida, e evitar idas à urgência e internamentos.

ANEXO X
GUIÃO – ESTUDO III

Guião Base dos *Focus Groups*

“ As suas necessidades na gestão do regime medicamentoso”

Introdução

- Breve introdução do Estudo
- Objectivos da discussão de grupo
- Regras da discussão de grupo (todas as opiniões são importantes; todos temos que nos ouvir; não falar em simultâneo; respeitar as opiniões de todos).
- Apresentação dos participantes
- Introdução ao tema.

Caracterização dos participantes

- Nome
- Idade, Data de Nascimento
- Sexo
- Escolaridade
- Vive só
- Contacto telefónico
- Qual o seu médico de família
- Quantos medicamentos têm prescrito

Q1 - Porque é que cada um de vós vem ao Centro de Saúde? O que é que vos traz ao CS? Vem ao Centro de Saúde para quê?

Pensem um pouco nos medicamentos que tomam habitualmente.

Q2 - Como é que é, para cada um de vós, tomar medicamentos todos os dias?

Q2a- Ter de tomar para sempre, qual é o significado de ter que tomar para sempre medicamentos?

Q2b- Quais os benefícios do uso de medicamentos

Q3- Como é que cada um de vós se organiza para tomar os medicamentos?

Q4 - É igual, organizar os medicamentos que toma todos os dias ou aqueles que toma em dias alternados ou dias diferentes, como é? Como é que fazem?

Q5 - Que tipo de intervenção dos profissionais de saúde consideram fundamentais para melhor gerir o regime medicamentoso?

(Médico, enfermeiro, farmacêutico, assistente social, familiar.)

Q5a - Porquê esta intervenção e não outra?

Q6 - Que ajudas concretas é que podemos dar a gerir melhor esta terapêutica.

Quais as ajudas que considerariam necessárias para conseguir tomar o medicamento certo, na dose certa, na hora certa, com as recomendações certas?

- Atendimento em consulta... com marcação com o médico? o enfermeiro, com farmacêutico?
- Atendimento à distância telefone , mensagens?

Cenário

Imagine-se a organizar os seus medicamentos em casa,..... como faço? Desde que são: prescritos, como os vou adquirir, como os organizo para os tomar, como os tomo, como faço para os ter sempre comigo e não interromper a medicação.....Porque desta forma

ANEXO XI

CONSENTIMIENTO INFORMADO – Estudio III

CONSENTIMENTO INFORMADO

Os idosos tomam habitualmente muitos medicamentos em simultâneo e se por um lado eles melhoram a qualidade de vida, quando não tomados convenientemente podem conduzir a problemas de saúde.

Este estudo pretende explorar as estratégias utilizadas na gestão do regime medicamentoso pelos idosos independentes polimedicados, que vivem na sua casa, na comunidade, que influenciam a adesão aos medicamentos.

Descrição do Estudo

Se eu concordar em participar neste estudo, eu concordo em responder a algumas questões sobre mim e em participar num grupo de discussão que durará cerca de 2 horas, que será gravada e onde vou dizer o que penso e o sinto ao gerir os meus medicamentos

Possíveis benefícios

Como resultado do estudo dos medicamentos posso vir a descobrir que se gerir melhor os meus medicamentos tenho melhor qualidade de vida

Riscos

Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema para mim ao participar nesta discussão.

Confidencialidade

Os meus dados pessoais e a informação sobre os medicamentos são confidenciais e são apenas utilizados de acordo com os objectivos do estudo. Eu não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados.

Direitos

Eu percebo e aceito que a minha participação no estudo é voluntária e eu posso abandonar a discussão quando entender.

Consentimento:

Eu concordo em fazer parte do grupo de discussão sobre a gestão do regime medicamentoso.

Assinatura_____

Data_____

Se tiver alguma questão sobre o estudo, em qualquer momento pode contactar Adriana Henriques – 218912200 ou 963225092

Uma cópia é dada ao idoso e outra é arquivada no processo do estudo

